RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

rapport annuel 1998-1999

Le défi de l'accès l'an 1

Le Rapport annuel 1998-1999 est une production du Service des communications – Direction des relations avec la communauté de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur des relations avec la communauté
Louis Côté

Coordination et rédaction
Christine Daniel

Cueillette de l'information
Christine Daniel
Loraine Desjardins
avec la collaboration de toutes les directions de la Régie régionale

Révision de texte
Lise Latourelle

Mise en page et page couverture
farley design graphique

ISBN 2-89510-025-X
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 1999

100-04832/

rapport annuel 1998-1999

MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Voici le Rapport annuel 1998-1999 de la Régie régionale de Montréal-Centre. Nous innovons cette année dans la façon de présenter l'information relative aux activités de la Régie régionale. En effet, dorénavant, nous voulons que cet outil mette plus en évidence tant les objectifs que nous visons que le chemin parcouru dans l'année pour les atteindre. Cette première production réalisée selon cette approche n'est pas parfaite, nous comptons la bonifier pour les rapports subséquents, notamment en assurant un meilleur arrimage avec certaines banques de données. C'est donc sous une forme améliorée correspondant à une gestion plus moderne que nous vous présentons le résultat de nos réflexions et les actions réalisées pendant l'année 1998-1999.

Un grand défi : l'accessibilité aux services

Le fait saillant de cette année est sans aucun doute l'adoption par le conseil d'administration, en mai 1998, d'une orientation fondamentale pour les quatre prochaines années. Le défi à relever serait celui de l'accès aux services.

C'est suite à de nombreuses consultations effectuées auprès d'utilisateurs du réseau de services, d'intervenants, de professionnels et de gestionnaires que ce consensus a été établi. La Régie régionale a traduit cette orientation stratégique dans un plan visant à améliorer les services de santé et les services sociaux à Montréal. Ce plan, intitulé « Le défi de l'accès », met en évidence douze mesures centrales réparties dans six continuums de services de santé et de services sociaux. Une vingtaine d'indicateurs ont été définis afin de nous permettre de mesurer le degré d'atteinte des résultats attendus. Enfin, un tableau de bord minutieusement suivi et mis à jour périodiquement nous fournit un portrait annuel de l'évolution de la situation.

Ce rapport annuel nous permet aujourd'hui de rendre compte de l'évolution de la situation après un an d'application de ce plan.

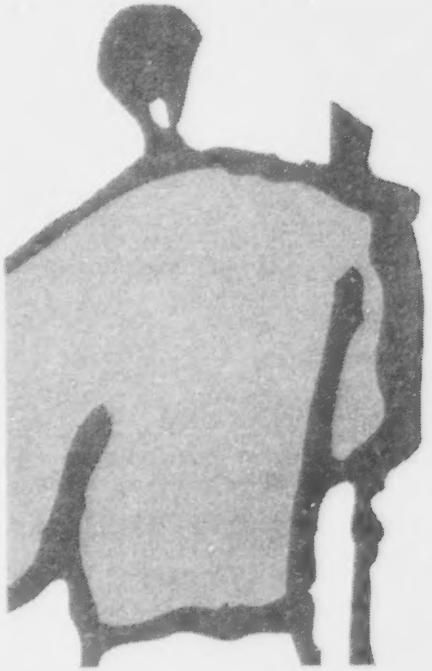
L'accessibilité, un message clair de la population

Les besoins actuels de la population montréalaise en regard des services de santé et des services sociaux convergent autour de l'amélioration considérable de l'accès aux services, aux soins, aux traitements, aux spécialistes. Nous savons que l'insécurité et l'inquiétude générées par une attente trop longue sont néfastes à toutes conditions médicales et à toutes situations sociales vulnérables. Il faut que le système soit plus accessible, et ce, à différents niveaux.

Gérer l'accessibilité, une question de priorité

La gestion actuelle des listes d'attente comporte un effet pervers. Dans notre système, la priorité des soins est déterminée en fonction de l'état de santé de la personne. Ainsi, lorsque la condition d'un patient menace des fonctions vitales, cette personne sera placée sur la voie rapide. Le système deviendra alors très efficace et particulièrement performant pour améliorer son état de santé.

Toutefois, cette façon de gérer l'accès aux soins entraîne trop souvent une intervention à la marge, entraînant parfois la détérioration de la condition d'un patient avant qu'il ne soit réellement pris en charge par le système. Cette situation n'est pas acceptable.



Quand l'accessibilité est trop restreinte, nos efforts de prévention sont menacés

Cela fait maintenant quelques années qu'il existe un consensus, tant du côté médical que social, sur la nécessité de dépister précocement.

D'un point de vue médical, le dépistage précoce augmente les chances de guérison plus rapide et commande souvent des interventions moins invasives et donc un rétablissement et le retour à un meilleur état de santé plus rapidement. Pensons par exemple aux efforts déployés dans la région depuis deux ans quant au dépistage du cancer du sein.

D'un point de vue social, le dépistage précoce évite souvent le recours à une intensité de services plus lourds. Il multiplie les possibilités d'action en amont et facilite l'intégration dans la communauté.

1998-1999 : Quelques gains intéressants

Les constats que nous faisons à la fin de cette première année de mise en œuvre du plan 1998-2002 nous amènent à relever deux éléments positifs au plan de l'accessibilité.

D'abord, les différentes actions réalisées dans le cadre de la réduction des séjours de plus de 24 heures à l'urgence ont eu un effet positif, plus particulièrement sur les séjours de plus de 48 heures. En effet, et ce depuis trois ans, le taux d'occupation des civières à l'urgence (plus de 48 heures) ne cesse de diminuer. Il est passé de 5,1 % en 1996-1997 à 3,5 % en 1998-1999. Cependant, il est bon de préciser que les séjours de plus de 24 heures n'ont pas connu la même décélération. Pour la même période, ce taux est demeuré stable (environ 22 %).

Le deuxième élément observé se situe au plan de l'accessibilité aux services spécialisés. Nous constatons que là où les sommes investies ont permis d'accroître le volume de plus de 10 %, cela a eu un effet bénéfique

soit sur la liste d'attente, soit sur les délais d'accès, soit sur les deux. Toutefois, cette observation ne semble pas s'appliquer à la chirurgie cardiaque. On a observé dans ce secteur, au cours de la dernière année, une croissance constante de la liste d'attente, une fluctuation dans les délais d'attente de plus d'un mois et, finalement, une augmentation des délais depuis un an, et ce, malgré une croissance du volume d'opérations.

Perspective 1999-2000 : Nos acquis sont fragiles

Le plus grand défi pour l'année 1999-2000 est de maintenir et consolider les gains déjà acquis et tenter d'augmenter l'accessibilité dans d'autres secteurs. Ce défi ne sera pas facile à relever puisque nos données nous indiquent déjà une augmentation du nombre de patients sur certaines listes d'attente.

D'autre part, nous observons aussi une croissance de la demande pour certains services spécialisés. Cette croissance serait liée, entre autre, au vieillissement de la population.

Enfin, les budgets de développement que nous avons reçu pour 1999-2000 ne nous permettent pas de prévoir un nombre d'opérations équivalent à celui de l'année précédente. Nous anticipons que gérer l'accessibilité exigera énormément de persévérance de notre part dans cette prochaine année.

L'accès aux services : dépendant de l'environnement

Nous constatons que la moindre perturbation dans le réseau a souvent des répercussions directes au plan de l'accessibilité. La conjoncture actuelle : pénurie d'effectifs infirmiers, de médecins spécialistes (radio-oncologues), de techniciens spécialisés associée au contexte de renouvellement des conventions collectives des employés du secteur public est propice à toutes sortes de moyens de pression de tous les groupes afin de faire valoir leurs demandes (médecins, pharmaciens, travailleurs syndiqués, gestionnaires, etc.). De plus, la grève des infirmières à l'été 1999 a forcé l'annulation de plus de 6 000 opérations à Montréal et a contribué à allonger les listes d'attente dans plusieurs services spécialisés. Des relations de travail conviviales sont essentielles à un bon fonctionnement du système. Enfin, la situation financière du gouvernement et les choix qui en découlent représentent des éléments déterminants dans la façon de solutionner le problème.

L'accès aux services : directement proportionnel aux investissements

Lorsqu'on investit dans le système de santé, on ne perçoit pas toujours facilement la rentabilité ou l'efficacité de son investissement. Dans le cas de l'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés, on est en mesure d'affirmer que les ressources ajoutées augmentent directement le volume d'opérations, contribuent tout au moins à stabiliser les listes d'attente et ont un effet considérable, sinon instantané, sur les délais d'accès aux services .

Une équation à résoudre : à Montréal, + 147 M$

Nous avons évalué que pour atteindre nos objectifs d'accessibilité, il faudra ajouter 147,3 M$ dans l'amélioration du réseau montréalais d'ici 2002. Pendant cette première année de mise en œuvre du plan (1998-1999), nous avons reçu et réparti 28,3 M$. La deuxième année (1999-2000), le ministère nous a signifié 16,1 M$ supplémentaire. Il manque encore 102,9 M$ pour arriver à relever le défi de l'accès.

D'autres conditions de succès

Le défi de l'accès comporte aussi un certain nombre d'éléments essentiels à la réalisation de nos objectifs. Pour n'en nommer que quelques-uns, mentionnons la mise sur pied du Département régional de médecine générale (DRMG), l'implantation des centres ambulatoires, une rémunération plus adéquate des médecins spécialistes, mais aussi une information efficace auprès de la population.

Notre rôle : coordonner, faciliter, rassembler

De nombreux acteurs composent le réseau de santé et de services sociaux montréalais : 151 établissements, 344 lieux d'accès aux services, 4 800 médecins, 400 cliniques médicales et cabinets privés, 496 organismes communautaires subventionnés auxquels nous devons ajouter une population de 1,8 million de personnes à informer, orienter, rassurer.

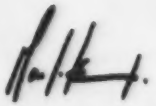
Pour arriver à constituer un véritable réseau régional de services complémentaires et intégrés, notre rôle est de coordonner les actions, faciliter les interactions, rassembler l'ensemble des joueurs autour de la cible à atteindre. La synergie développée au plan régional constitue ainsi un atout majeur.

Notre ambition : apporter une réponse adéquate aux besoins

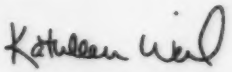
Comprendre les besoins, ajuster et répartir les ressources de façon à maximiser leur efficacité, offrir des services de qualité et accessibles, voilà le pari que nous faisons pour ainsi améliorer la santé et le bien-être des Montréalais.

Une équipe dévouée

Enfin, nous voulons souligner que nous sommes heureux de pouvoir compter sur la précieuse collaboration du personnel de la Régie régionale de Montréal-Centre. Parce que ces personnes sont constamment en interaction avec les établissements mais aussi avec la population (via le service d'aide à la clientèle qui gère les plaintes des usagers), nous savons qu'elles sont sensibles à l'amélioration continue de la performance de notre réseau régional et la satisfaction des utilisateurs de services.



Directeur général
Marcel Villeneuve



Kathleen Weil
Présidente du conseil d'administration

Liste des tableaux, graphiques et cartes

Tableau 1 : Statistiques – Population 2
Tableau 2 : Organigramme de la Régie régionale 3
Tableau 3 : Le réseau d'établissements 4
Tableau 4 : Établissements à désignation universitaire ... 5
Tableau 5 : Plan d'accès aux services en langue anglaise Établissements désignés 5
Tableau 6 : Subvenions aux organismes communautaires 6
Tableau 7 : Effectifs de la Régie régionale 7
Tableau 8 : Membres du conseil d'administration 8
Tableau 9 : Membres de la Commission médicale régionale 9
Tableau 10 : Effectifs médicaux 10
Tableau 11 : Les onze principes directeurs 12
Tableau 12 : Services à des non résidants 13
Tableau 13 : % de patients provenant des régions voisines 13
Tableau 14 : Approche réseau : 2 conditions essentielles 13
Tableau 15 : Quatre priorités 18
Tableau 16 : Un continuum de services 19
Tableau 17 : Accessibilité aux soins et services : Des conditions de succès 20
Tableau 18 : Santé mentale : Des conditions de succès .. 23
Tableau 19 : Sommaire financier des développements requis 26
Tableau 20 : Financement : Des conditions de succès ... 27
Tableau 21 : Info Santé-CLSC : Volume d'appels 34
Tableau 22 : Info Santé-CLSC : Délais d'accès 34
Tableau 23 : Mesures de désengorgement des urgences 36
Tableau 24 : Évolution des services en santé mentale 1995-1996 – 1997-1998 48
Tableau 25 : Fermeture de lits dans les CHSP 49
Tableau 26 : Réallocation planifiée des ressources 49
Tableau 27 : Plaintes traitées par la Régie régionale 60
Tableau 28 : Plaintes adressées au Commissaire aux plaintes 60
Tableau 29 : Objets de plaintes 60
Tableau 30 : Plaintes concernant les ressources d'habitation privées 61
Tableau 31 : Objets de plaintes : Ressources d'habitation privées 62
Tableau 32 : Nombre de cadres 1993-1994 – 1998-1999 64
Tableau 33 : Cadres en replacement 65
Tableau 34 : % des cadres de 50 ans et plus en 2002 ... 65
Tableau 35 : Service régional de main-d'œuvre 67
Tableau 36 : Sommaire des acquisitions 71
Tableau 37 : Projets d'immobilisations > 300 000 $ 72
Tableau 38 : Équipements médicaux spécialisés > 300 000 $ 72
Tableau 39 : Ressources financières : Éléments à considérer 74
Tableau 40 : Crédits reçus 74
Tableau 41 : Sommaire de la situation financière des établissements 75
Tableau 42 : Dette des établissements montréalais 75
Tableau 43 : Évolution des dépenses pour les services administratifs et de soutien 76
Tableau 44 : Sommaire des autorisations d'emprunt 77
Tableau 45 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CHSGS publics 78
Tableau 46 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CHSLD publics 79
Tableau 47 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CRPDIPT publics 79
Tableau 48 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CPEJ publics 79
Tableau 49 : État détaillé des autorisations d'emprunt - CLSC publics 80
Graphique 1 : Urgences : Séjours de plus de 24 heures .. 35
Graphique 2 : Urgences : Séjours de plus de 48 heures .. 35
Graphique 3 : Chirurgie cardiaque adulte : Nombre de patients en attente 38
Graphique 4 : Chirurgie cardiaque adulte : Attente de plus d'un mois 38
Graphique 5 : Chirurgie orthopédique – genou : Nombre de patients en attente 39
Graphique 6 : Chirurgie orthopédique – genou : Attente de plus de six mois 39
Graphique 7 : Chirurgie orthopédique – hanche : Nombre de patients en attente 40
Graphique 8 : Chirurgie orthopédique – hanche : Attente de plus de six mois 40
Graphique 9 : Ophtalmologie – cataracte : Nombre de patients en attente 41
Graphique 10 : Ophtalmologie – cataracte : Attente de plus de six mois 41
Graphique 11 : Soins à domicile en CLSC – Nombre de personnes âgées desservies 43
Graphique 12 : Fonds d'exploitation de la Régie régionale 83
Carte 1 : Les 29 municipalités de l'île de Montréal 2
Carte 2 : Les 29 territoires de CLSC 3

Listes des sigles utilisés

CA	Conseil d'administration
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHR	Centre hospitalier de réadaptation
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CRAN	Centre de recherche et d'aide aux narcomanes
DRMG	Département régional de médecine générale
M$	Million de dollars
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
TED	Troubles envahissant du développement
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

1

Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre

La région de Montréal-Centre
Quelques caractéristiques 2
La Régie régionale
La mission 2
L'organisation interne 3
Le territoire 3
Le réseau d'établissements 3
Les organismes communautaires 6
Les ressources humaines 7
Les ressources financières 7
Le conseil d'administration
La composition et les membres 8
La Commission médicale régionale 9
Les effectifs médicaux 10

2

Les choix stratégiques, les priorités

Une orientation stratégique : l'accessibilité 12
Onze principes directeurs 12
Quatre priorités régionales de santé et de bien-être 18
Six continuums de services 19
Douze mesures centrales 20
Un financement adéquat 25
Une vingtaine d'indicateurs stratégiques 28

3

Les 12 mesures centrales : résultats après un an

Continuum de services en santé physique
Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne 33
Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence 35
Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés 38
Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire 41
Continuum de services aux personnes âgées
Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie 42
Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique
Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive 45
Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté 45
Continuum de services en santé mentale
Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté 47
Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
Desservir l'ensemble des personnes en attente de services 51
Continuum de services d'adaptation sociale
Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur 54
Alcoolisme / toxicomanie Se donner un plan régional d'action intersectoriel 56
Pour l'ensemble des continuums : 1 mesure commune
Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services 58

4

Le traitement des plaintes

Les plaintes traitées selon la procédure d'examen des plaintes
Portrait global 60
Objets de plaintes 60
Les établissements 61
Les services préhospitaliers d'urgence 61
Les ressources d'habitation privées 61

5

Les ressources humaines

Deux grands chantiers
La valorisation du personnel d'encadrement 64
La mobilité professionnelle et le maintien des compétences 66

6

Les ressources matérielles

Les ressources matérielles 70
Les acquisitions d'immobilisations et d'équipements spcialisés 71

7

La situation financière

Les ressources financières 74
La situation financière des établissements 75
Les mesures correctives 76
Les autorisations d'emprunt 77

Les états financiers de la Régie régionale 81

8

Annexe

La situation financière détaillé des établissements 91

Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre

La région de Montréal-Centre

Quelques caractéristiques 2

La Régie régionale

La mission 2

L'organisation interne 3

Le territoire 3

Le réseau d'établissements 3

Les organismes communautaires 6

Les ressources humaines 7

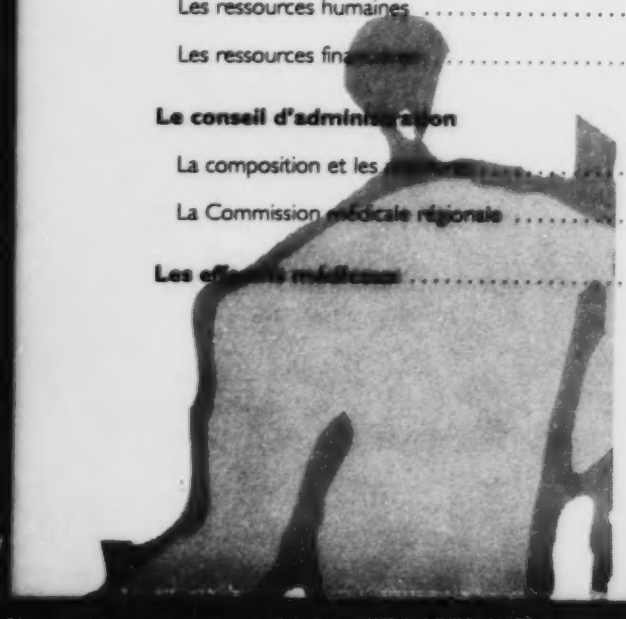
Les ressources financières 7

Le conseil d'administration

La composition et les [illegible] 8

La Commission médicale régionale 9

Les effectifs médicaux 10



LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

Quelques caractéristiques

La région de Montréal-Centre correspond en fait au territoire de la Communauté urbaine de Montréal avec ses 29 municipalités et se confond géographiquement à l'île de Montréal.

On y compte 1 802 309 habitants (1999), soit 25 % de la population du Québec. Le taux de chômage à Montréal est de 8,9 % (nov. 1999), un peu plus élevé qu'au Québec qui est de 8,4 %. La région de Montréal-Centre compte proportionnellement plus de personnes âgées de 65 ans et plus que l'ensemble du Québec, 15,2 % comparativement à 12,6 %. De plus, une plus grande proportion de celles-ci vivent seules, 35 % à Montréal et 30 % pour le Québec. La proportion de jeunes de moins de 18 ans est comparable à celle du Québec, soit un peu plus d'une personne sur cinq (22 %). Dans la région, une famille avec enfants sur trois (32 %) est monoparentale (24 % pour le Québec). Enfin, une personne sur trois (35 %) vit sous le seuil de faible revenu comparativement à 23 % pour le Québec.

Montréal compte une majorité de francophones (54 %), 18 % d'anglophones et 28 % d'allophones (langue maternelle). La première langue officielle parlée est le français pour 63 % des Montréalais et l'anglais pour 29 % d'entre eux. La ville de Montréal représente la terre d'accueil et de résidence pour 70 % des immigrants du Québec.

La mission

La Régie regionale de Montréal-Centre est un organisme voué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population vivant sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal et, plus directement, des personnes bénéficiant des services qui y sont dispensés.

Elle constitue le maître d'œuvre de l'organisation et du développement des services sociaux et de santé dans la région depuis la fin de l'année 1991, moment de sa création. Plus particulièrement, elle a pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux élaborés par la ministre.

Carte 1 **Les 29 municipalités de l'Île de Montréal**

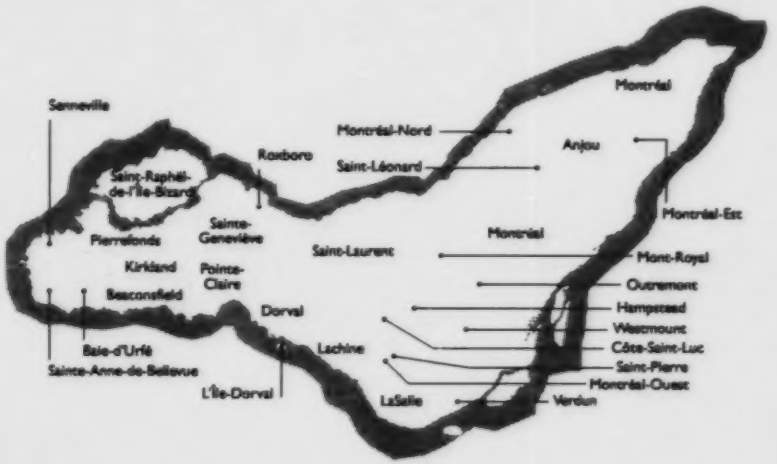


Tableau 1 **Statistiques - Polulation**

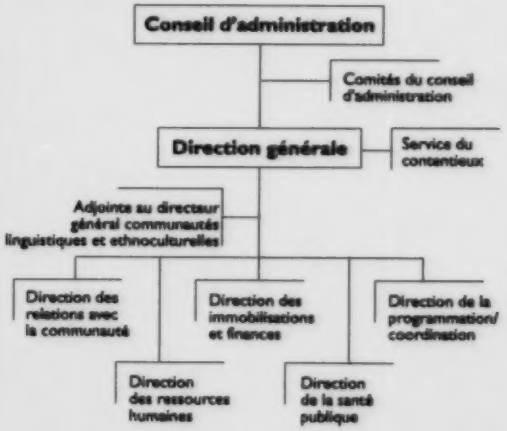
	Québec		Montréal-Centre	
	Nombre	%	Nombre	%
Population	7 352 462	-	1 802 309	25 %
Taux de chômage (nov. 1999)		8,4 %		8,9 %
Personnes de 65 ans et + (1999)		13 %		15 %
Moins de 18 ans (1999)		22 %		22 %
Personnes de 65 ans et + vivant seules (1996)		30 %		35 %
Familles monoparentales (1996)		24 %		32 %
Personnes vivant sous le seuil de faible revenu (1996)		23 %		35 %
Langue maternelle française (1996)		82 %		54 %
Langue maternelle anglaise (1996)		8 %		18 %
Langue maternelle autre (1996)		9 %		28 %
Première langue officielle parlée : français (1991)		85 %		63 %
Première langue officielle parlée : anglais (1991)		12 %		29 %

De concert avec ses partenaires, la Régie régionale veut avant tout créer des conditions propres à maintenir en bonne santé les personnes qui le sont déjà et assurer des services de qualité à celles qui en ont besoin. Sa gestion repose sur une analyse objective des besoins de la population, sur une recherche constante de l'excellence des services, de même que sur un souci d'efficacité et d'optimisation des ressources mises à sa disposition. Ses instances décisionnelles sont composées de représentants de plusieurs secteurs de la collectivité montréalaise.

L'organisation interne

La structure de fonctionnement interne de la Régie régionale comporte une direction générale et cinq directions sectorielles qui sont : la Direction des relations avec la communauté, la Direction des immobilisations et finances, la Direction de la programmation et coordination, la Direction des ressources humaines et la Direction de la santé publique.

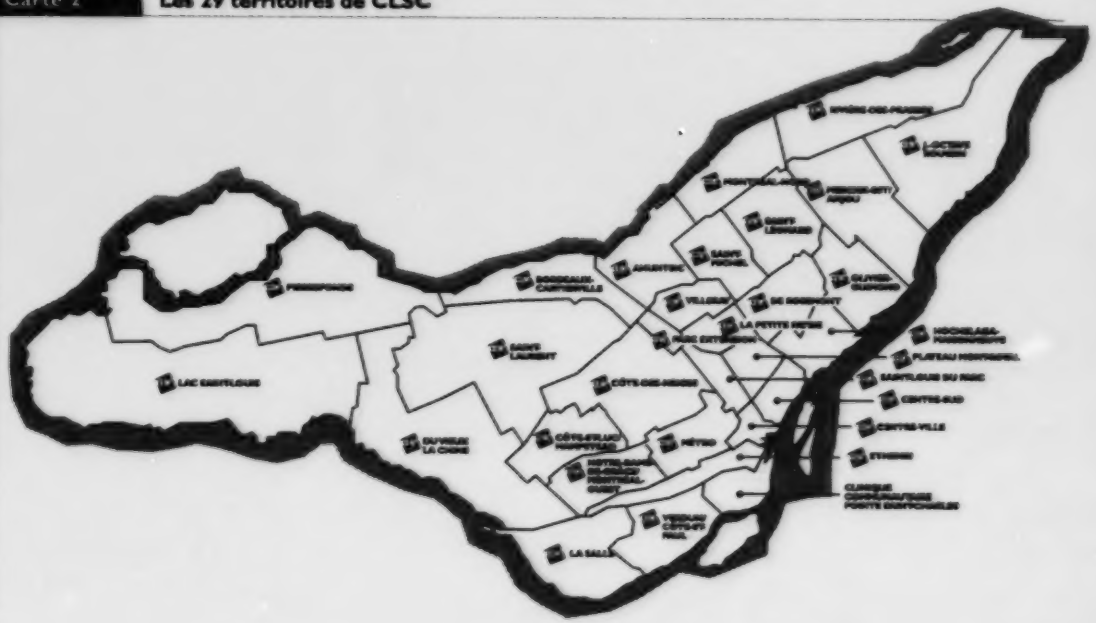
Tableau 2 **Organigramme de la Régie régionale**



Le territoire

La région Montréal-Centre se confond avec le territoire de la Communauté urbaine de Montréal regroupant 29 municipalités situées sur l'île de Montréal. Il arrive aussi qu'on représente la carte de la région en fonction du découpage des 29 territoires de CLSC. Il s'agit en fait des mêmes frontières balisant la région Montréal-Centre.

Carte 2 **Les 29 territoires de CLSC**



Le réseau d'établissements

Le réseau de santé et de services sociaux montréalais est composé de 151 établissements, 97 établissements publics et 54 privés (dont 20 sont en fait des établissements privés non conventionnés). On y compte 27 centres hospitaliers (CH) dont 4 offrent spécifiquement des soins psychiatriques, 29 CLSC (trois sont en fait gérés par un établissement ayant une mission mixte avec celle d'un centre d'hébergement), 78 établissements dont la mission première est d'offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 5 établissements jeunesse

(CPEJ-CR) qui sont d'ailleurs regroupés autour des deux centres jeunesse et 15 centres de réadaptation (déficience intellectuelle, déficience physique, alcoolisme-toxicomanie). Ce réseau se déploie en fait dans 344 points de services (ou installations) répartis dans les différents quartiers de l'île de Montréal.

Les principales modifications apportées au réseau

Dans l'année 1998-1999, les principaux changements apportés au réseau sont les suivants :

- En avril 1998, la fusion du Centre d'accueil Éloria-Lepage-Résidence Maison-Neuve et du Centre hospitalier J.-Henri Charbonneau pour former un nouvel établissement dénommé le CHSLD Lucille-Teasdale.
- En août 1998, l'intégration de l'Hôpital de Montréal pour enfants, de l'Hôpital neurologique de Montréal et de l'Hôpital Royal Victoria à l'Hôpital Général de Montréal maintenant dénommé le Centre universitaire de santé McGill.
- En janvier 1999, la fusion de la Villa Notre-Dame-de-Grâce et des Centres jeunesse de Montréal en un nouvel établissement qui porte le nom Les Centres jeunesse de Montréal.
- En avril 1999, l'intégration du Centre d'accueil Nazaire Piché et du Foyer Dorval au Centre d'accueil de Lachine maintenant dénommé Les CHSLD de Lachine et de Dorval.
- En avril 1999, l'intégration de l'Hôpital Grace Dart au Centre de soins prolongés de Montréal maintenant dénommé Centre de soins prolongés Grace Dart.

Les établissements avec mandat suprarégional ou provincial

Trois établissements de la région de Montréal-Centre ont une vocation suprarégionale (ouest du Québec) à l'égard des personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière (blessés médullaires). Ces établissements ont été désignés en juin 1997, conformément à l'article 112 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation de Montréal et de la Corporation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

Tableau 3 Le réseau d'établissements de la Régie régionale de Montréal-Centre

Mission première	Nombre d'établissements total	publics	privés	Nombre de points de service
CH	27	23	4 [1]	65
CLSC	26	25	1 [2]	45
CHSLD	78	35	43 [3]	110
CPEJ-CR	5	5 [4]	–	74
CR	15	9	6 [5]	50
Total	151	97	54	344 [6]

1 Les 4 centres hospitaliers privés sont les suivants : Hôpital Shriners pour enfants, Hôpital Marie-Clarac, Villa Medica et Centre métropolitain de chirurgie plastique.

2 Il y a un CLSC privé à but non lucratif qui est la Clinique communautaire de Pointe St-Charles.

3 Sur les 43 CHSLD privés, 20 sont en fait des CHSLD privés non conventionnés (ne reçoivent aucun financement de la Régie régionale) et 23 sont des CHSLD privés conventionnés.

4 Ces 5 établissements sont en fait regroupés sous 2 conseils d'administration.

5 Les 6 centres de réadaptation privés sont les suivants : Association montréalaise pour les aveugles, Atelier Le fil d'Ariane, Centre d'accueil Le Programme Portage, Centre Mackay, Havre Jeunesse, Maison Élizabeth.

6 Les points de services représentent des lieux où la clientèle peut recevoir des services. Par ailleurs, ils n'incluent pas les pavillons des établissements, les ressources intermédiaires gérées par les établissements, ni les ressources de type familial.
En fait, lorsqu'un établissement offre des services dans plusieurs endroits (ex. les cliniques des centres hospitaliers psychiatriques qui sont réparties dans différents quartiers de Montréal), tous les lieux de dispensation de services sont inclus dans ce qu'on a appelé les points de service.

Les établissements à désignation universitaire

À Montréal, neuf établissements ont une vocation universitaire. Sept d'entre eux détiennent une désignation officielle et deux sont en fait en attente de désignation. On y retrouve un centre hospitalier universitaire mère-enfant, un institut santé, trois instituts sociaux, deux centres affiliés universitaires et deux centres hospitaliers universitaires toujours en attente d'une désignation de la part de la ministre.

Tableau 4 **Établissements à désignation universitaire**

Établissements	Désignation au 31 mars 1999
Hôpital Sainte-Justine	CHU mère-enfant
Institut de cardiologie de Montréal	Institut santé - Institut universitaire dans les domaines de la médecine vasculaire et de la cardiologie
CLSC René-Cassin	Institut social - Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec
Les Centres jeunesse de Montréal	Institut social - Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Institut santé
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	En attente de confirmation pour une désignation - CHU adulte
Centre universitaire de santé McGill	En attente de confirmation pour une désignation - CHU adulte
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre affilié universitaire (CAU)
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Centre affilié universitaire (CAU)

Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise

Dans l'ensemble du réseau montréalais, 37 établissements sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services aussi en anglais, 45 établissements doivent offrir certains services en anglais, 21 établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles.

La Régie régionale de Montréal-Centre gère une banque d'interprètes dans laquelle on y retrouve 74 interprètes et traducteurs, 41 langues. Nous recevons près de 5 000 demandes (1998-1999) pour lesquelles nous utilisons ces services.

Tableau 5 **Plan d'accès aux services en langue anglaise : établissements désignés et indiqués**

	CH	CLSC	CPEJ	CHSLD	CR	Total
Désignés	13	0	1	13	10	37
Indiqués	7	26	0	7	5	45
Établissements avec programme d'accès aux communautés culturelles	6	9	2	2	2	21

Les organismes communautaires

En 1998-1999, 563 organismes communautaires étaient admissibles au Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Toutefois, compte tenu de la richesse du programme, 496 organismes ont reçu une subvention pour offrir des services reliés à la santé et au bien-être de la population montréalaise; 425 organismes interviennent au plan de la promotion et des services à la communauté et 70 offrent des services de maintien à domicile.

L'enveloppe régionale du programme est de 50 315 936 $. Dans la dernière année, même si la somme totale administrée par le programme SOC s'est accrue de 1 091 343 $, cela ne représente en rien une augmentation de la richesse du programme. En effet, des sommes qui étaient auparavant transférées directement du ministère aux organismes, ou des établissements vers les organismes, transitent maintenant par ce programme. C'est le cas notamment d'un montant de près de 600 000 $ attribué par le ministère aux groupes qui offrent des services relatifs au SIDA et d'une somme de près de 500 000 $ qui était versée par les établissements vers des organismes en alcoolisme-toxicomanie et en santé mentale. Somme toute, l'enveloppe régionale du programme est demeurée stable en 1998-1999. Rappelons toutefois que pendant la période 1995-1998, les subventions aux organismes communautaires se sont accrues de 42 %, passant de 35 M$ à 50 M$.

C'est le secteur de la santé mentale (81 organismes) qui reçoit la plus grande part du budget (40 %). Les 23 maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté se partagent 11 % du total; les 70 groupes de maintien à domicile, 8 %; les 13 maisons de dépannage pour jeunes en difficulté, 6 %; les 18 groupes SIDA, 5 %; les 57 organismes du secteur famille, 4,7 %, etc.

Tableau 6 **Subventions aux organismes communautaires 1997-1998 et 1998-1999 par catégorie**

Catégorie	Nombre d'organismes subventionnés 1997-1998	Total des subventions allouées en 1997-1998	Nombre d'organismes subventionnés 1998-1999	Total des subventions allouées en 1998-1999
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ				
Alcoolisme et autres toxicomanies	8	201 343	8	260 831
Autres organismes	3	810 742	3	810 742
Autres ressources pour les femmes	3	181 605	3	181 605
Autres ressources pour les jeunes	37	1 966 294	38	1 967 294
Centre d'action bénévole	0	112 350	0	112 350
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	4	461 697	4	461 697
Centres de femmes	19	1 337 424	19	1 337 424
Concertation et consultation régionales	7	464 011	8	463 521
Familles	55	2 369 063	57	2 402 063
Maisons d'hébergement dépannage pour jeunes en difficulté	13	3 103 089	13	3 103 089
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	23	5 772 524	23	5 772 524
Maisons des jeunes	23	1 553 673	23	1 553 673
Multiclientèles (incluant Centres communautaires)	18	835 500	19	809 936
Organismes d'assistance et d'accompagnement	1	120 000	1	120 000
Organismes d'intervention auprès des conjoints violents	4	447 171	4	447 171
Organismes de justice alternative	2	1 070 000	2	1 070 000
Personnes âgées	3	87 556	3	87 556
Personnes ayant des problèmes de santé physique	4	63 750	3	16 500
Personnes démunies	33	479 000	34	509 000
Personnes des communautés culturelles	23	325 374	25	402 324
Personnes handicapées (déficience intellectuelle et déficience physique)	32	1 458 598	33	1 505 848
Ressources de dépannage pour clientèles en difficulté	3	452 025	3	452 025
Santé mentale	80	19 382 731	81	19 817 361
Services adaptés à une population spécifique	1	19 821	1	19 821
Sida	18	2 006 045	18	2 602 900
SOUS-TOTAL	**417**	**45 081 386**	**426**	**46 287 255**
MAINTIEN À DOMICILE				
Maintien à domicile	75	4 143 207	70	4 028 681
TOTAL :	**492**	**49 224 593**	**496**	**50 315 936**

Les ressources humaines

La Régie régionale compte sur un effectif régulier de 228 postes équivalents temps complet (ÉTC). Nous faisons appel, pour répondre à des besoins ad hoc et s'acquitter de mandats spéciaux, à des ressources occasionnelles. Pour l'année 1998, l'utilisation de ces ressources occasionnelles équivalait à 54 postes temps complet.

Pour l'exercice de référence, l'effectif de la Régie régionale est resté sensiblement le même que l'exercice précédent. Les principales variations aux niveaux de la composition et de la répartition de sa main-d'œuvre sont attribuables aux facteurs suivants :

- La signature d'une première convention collective avec le groupe des professionnels qui a entraîné la titularisation d'un certain nombre d'employés qui occupaient, depuis deux ans et plus, un statut d'occasionnel. Cet élément explique en partie la réduction du nombre d'heures rémunérées pour le personnel occasionnel.
- De nouveaux mandats décentralisés du MSSS vers la Régie régionale ajoutant ainsi quelques ressources supplémentaires. C'est le cas, entre autre, pour la gestion d'un programme de l'OPHQ qui a ajouté trois postes à l'effectif total.
- Finalement, la nécessité, pour mieux refléter les tâches et les responsabilités attachées à certaines fonctions, de réviser parfois le statut d'un employé, ceci explique notamment la variation au niveau du nombre de cadres.

Tableau 1 **Effectifs de la Régie régionale**

	Au 31 mars 1999		Au 31 mars 1998	
	Nombre	ETC	Nombre	ETC
Les Cadres				
■ Temps complet	42	42,0	37	37,0
■ Temps partiel	1	0,8	1	0,8
■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3	3,0	2	2,0
Sous-total :	**46**	**45,8**	**40**	**39,8**
Les employés réguliers	178	178,0	168	168,0
■ Temps partiel	6	3,9	6	3,9
■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1,0	1	1,0
Sous-total :	**185**	**182,9**	**175**	**172,9**
Total 1 :	**231**	**228,7**	**215**	**212,7**
Les occasionnels				
■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	99 395	54,43	116 129	63,82
Total 2 :	**99 395**	**283,13**	**116 129**	**276,52**

Les ressources financières

Par rapport à l'année financière 1997-1998, le budget interne de 1998-1999 a légèrement diminué passant de 17,7 M$ à 17,6 M$ et cela, malgré l'ajout de nouveaux mandats décentralisés du MSSS vers la Régie régionale, notamment en ressources humaines et pour les programmes de l'OPHQ. La Régie régionale a donc dû procéder à la mise en place d'un plan de réduction de ses dépenses de façon à assumer son coût de système non financé et à absorber les coûts en personnel reliés aux nouveaux mandats. Globalement, tous les objectifs de ce plan ont été atteints et malgré les coûts exceptionnels générés par la crise du verglas à l'hiver 1997, la Régie régionale a fini l'année avec un léger surplus budgétaire. La section 8 présente les détails relatifs au budget de la Régie régionale de Montréal-Centre.

De plus, la Régie régionale de Montréal-Centre gère une enveloppe régionale de près de trois milliards de dollars dont 98 % est réparti à travers les 151 établissements.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

La composition et les membres

Le conseil d'administration de la Régie régionale est composé de 24 personnes :

- 6 membres comblent les postes dédiés aux établissements et ont été élus par la population au sein d'un conseil d'établissement;
- 4 personnes occupent les places définies pour les organismes communautaires;
- 4 administrateurs proviennent de différentes municipalités;
- 3 membres sont issus de groupes socio-économiques et autres groupes intéressés;
- 2 sièges sont dévolus aux établissements d'enseignement;
- 3 personnes siègent à titre de membre coopté;
- 2 personnes sont membres d'office du conseil : le président de la Commission médicale régionale et le directeur général.

En 1998-1999

La présidente	Kathleen Weil
Le vice-président	Marc de Bellefeuille
Le secrétaire	Marcel Villeneuve

Les comités du conseil

Le conseil d'administration s'est doté de trois comités de travail afin de l'alimenter et le conseiller dans ses réflexions. Ces comités sont : le comité d'allocation des ressources, le comité de mise en place des mesures du « Défi de l'accès » 1998-2002 et le comité de vérification.

Le comité de direction

Le directeur des relations avec la communauté	Louis Côté
Le directeur des ressources humaines	Jacques Larouche
Le directeur des immobilisations et finances	René Rouleau
La directrice de la programmation et coordination	Francine Rochon
Le directeur de la santé publique	Denis Roy, par intérim
L'adjointe au directeur général	Sara Saber-Freedman
Le directeur général	Marcel Villeneuve

Tableau 8 **Membres du conseil d'administration au 31 mars 1999**

Établissements

Mme Monique BRUNEAU,	centres de réadaptation
Mme Colette P. CHAGNON,	centres d'hébergement et de soins de longue durée
M. Marc DE BELLEFEUILLE,	centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
Mme Brigitte BÉDARD,	centres locaux de services communautaires
Mme Jenny GOLDMAN,	établissements ayant une désignation universitaire
Mme Kathleen WEIL,	centres de protection de l'enfance et de la jeunesse

Organismes communautaires

M. Pierre BERGER,	déficience intellectuelle
Mme Violaine GAGNON,	santé mentale
M. Pierre-Yves LÉVESQUE,	déficience physique
Mme Anne-Marie SAUVÉ,	multiclientèles

Municipalités

M. Ovide T. BACIU,	Communauté urbaine de Montréal
Mme Anne MYLES,	Communauté urbaine de Montréal
Mme Mary DEROS,	Ville de Montréal
Mme Nicole ROY-ARCELIN,	Ville de Montréal

Établissements d'enseignement

M. Alain GAUTHIER,	établissements d'enseignement primaire/secondaire
M. Réginald LAVERTU,	établissements d'enseignement collégial/universitaire

Groupes socio-économiques, organismes et associations

M. Robvert BOUSQUET,	organismes et associations
M. Guy BRETON,	groupes socio-économiques
M. Victor GOLDBLOOM,	groupes socio-économiques

Membres cooptés

M. Marc-Léo LAROCHE
M. Conrad SAUVÉ
Dr Patrick VINAY

Président de la Commission médicale régionale

Dr Yves-Marc BERGERON

Directeur général

M. Marcel VILLENEUVE

La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale est formée exclusivement de médecins (exception faite du directeur général de la Régie régionale). On y retrouve 20 personnes dont 14 membres votants et 6 membres observateurs :

- 6 sont élus par leurs collègues omnipraticiens (3) et spécialistes (3), (votants);
- 2 sont nommés par les doyens (votants);
- 4 sont nommés par la Régie régionale (votants);
- 2 sont membres d'office : le directeur de la santé publique et le directeur général de la Régie régionale (ou le médecin qu'il désigne à cette fin);
- 6 autres membres (non-votants) sont nommés par la Régie régionale avec un statut de membre observateur.

Les principales activités de la Commission médicale régionale

Durant l'année 1998-1999, la Commission médicale régionale s'est penchée sur les dossiers suivants :

- La modification des règlements internes de la Commission médicale régionale.
- Le plan de consolidation de la Régie régionale 1998-2002.
- Les centres hospitaliers de réadaptation. L'avis de la Commission médicale régionale en ce qui a trait aux lits de CHR (centre hospitalier de réadaptation) / URFI (Unités de réadaptation fonctionnelle intensive).
- Le comité d'appui à l'organisation du réseau hospitalier universitaire.
- Le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).
- Le programme des centres de référence pour le cancer du sein.
- Le projet de configuration du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- La présentation du CHU Mère-Enfant, Sainte-Justine.
- Le projet de configuration du Centre universitaire de santé McGill.
- L'avis de la santé publique sur la mortalité chez les jeunes de la rue à Montréal.
- Les centres ambulatoires de 2e et 3e lignes dans le réseau des soins de santé et du troisième millénaire.

Tableau 9 **Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 1999**

Membres élus	Représentation
Docteur Yves-Marc Bergeron universitaire, Président Physiatre, CHUM, Pavillon Notre-Dame	Établissement
Docteur Lise Cusson universitaire, Vice-présidente Omnipraticienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Établissement
Docteur Gaston Drapeau Omnipraticien, CH de Lachine	Cabinet privé
Docteur W.-Michel Bichai Omnipraticien, Hôpital Santa-Cabrini	CHSLD
Docteur Élizabeth-Louise Gariépy Ophtalmologiste	Cabinet privé
Docteur Lorraine Pelletier Microbiologiste, Hôpital Jean-Talon	Établissement non-universitaire
Membres nommés par les doyens	**Représentation**
Docteur Samuel Benaroya Vice-Doyen aux Affaires inter-hospitalières Université McGill	Université McGill
Docteur Robert Amyot Vice-Doyen aux études médicales postdoctorales Université de Montréal	Université McGill
Membres votants nommés par la Régie régionale de Montréal-centre	**Représentation**
Docteur Linda Daigneault Omnipraticienne CLSC Olivier Guimond	CLSC
Docteur Fabienne Grou Omnipraticienne Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	Centre hospitalier, milieu universitaire
Docteur Alain Beaupré Pneumologue Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre hospitalier universitaire
Omnipraticien (poste vacant)	

- Le groupe de travail sur la capitation (Association médicale du Québec).
- Les élections à la Commission médicale régionale. Le Collège électoral des médecins omnipraticiens.
- Les mesures pour améliorer la situation dans les urgences dans la région de Montréal.
- La nomination des membres du comité d'implantation du Département régional de médecine générale.
- La formation et le suivi des comités sur la santé mentale, l'organisation des soins médicaux en CHCD, l'organisation des services de première ligne, les activités médicales particulières, les plans des effectifs médicaux en spécialité et en omnipratique, l'implantation du Département régional de médecine générale, les services ambulatoires, la garde en disponibilité.

L'entente particulière négociée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec concernant les activités médicales particulières (AMP) pour les omnipraticiens de moins de dix ans de pratique, et le suivi des plans d'effectifs médicaux de la Régie régionale de Montréal-Centre ont nécessité un suivi constant de la Commission médicale régionale.

Les effectifs médicaux

Au 31 mars 1999, la région compte 3 051 médecins spécialistes et 1 755 omnipraticiens pour un total de 4 806 médecins.

Le ministère visait en regard du plan régional d'effectifs médicaux pour la période 1997-2000, une décroissance de 35 médecins spécialistes et une croissance de 20 omnipraticiens. Au cours de la deuxième année d'application du plan, un ajout de deux gériatres a été accordé par le ministère portant à 33 la diminution du nombre de spécialistes.

Le bilan au 31 mars 1999 démontre une diminution de 79 médecins spécialistes et une diminution de 45 omnipraticiens illustrant une décroissance de 124 médecins au total.

Tableau 9 **Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 1999 (suite)**

Membres observateurs nommés par la Régie régionale de Montréal-centre	Représentation
Docteur Jean-François Cailhier Résident Fédération des médecins résidents du Québec	Résident en médecine
Docteur Pierre Masson Omnipraticien/DSP Hôpital Maisonneuve-Rosemont	DSP, milieu universitaire
Docteur Charles Bellavance Omnipraticien/DSP, Hôpital Jean-Talon	DSP, milieu non universitaire
Docteur Gilbert Pinard Psychiatre, Université McGill	Spécialiste d'une grande discipline
Docteur Jacques Corcos Urologue, Hôpital Général Juif	Chef de département
Docteur Benoît L. Poulin Omnipraticien, Hôpital Louis-H. Lafontaine	Omnipraticien ayant une pratique polyvalente
Membres d'office	**Représentation**
Docteur Denis Roy Directeur de la santé publique par intérim Santé communautaire Régie régionale de Montréal-Centre	Direction de la santé publique
Docteur Normand Kingsley Coordonnateur médical Secrétaire de la commission médicale régionale Régie régionale de Montréal-Centre	Désigné par le d.g. de la Régie régionale de Montréal-Centre

Tableau 10 **Effectifs médicaux**

	Objectif 1997-2000	Résultats 31-03-1998	Résultats 31-03-1999
Spécialistes	+ 33	- 68	- 79
Omnipraticiens	+ 20	- 79	- 45
Total	**- 13**	**- 147**	**- 124**

2.

Les choix stratégiques, les priorités

Une orientation stratégique : l'accessibilité 12

Onze principes directeurs 12

Quatre priorités régionales de santé et de bien-être 18

Six continuums de services 19

Douze mesures centrales 20

Un financement adéquat 25

Une vingtaine d'indicateurs stratégiques 28

UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE : L'ACCESSIBILITÉ

Le défi que le conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre veut relever au cours des années 1998-1999 à 2001-2002, c'est d'améliorer les délais d'accès pour des soins et des services importants pour la santé et le bien-être de la population.

Notre objectif est d'accentuer les efforts en vue de consolider les services et d'améliorer la performance du réseau dans certains secteurs clés. Pour atteindre cette cible, nous avons adopté, en mai 1998, un plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal, document que nous avons intitulé : Le défi de l'accès.

Relever un tel défi implique de pouvoir compter sur l'appui de citoyens informés et actifs. L'atteinte de nos objectifs nécessite la diffusion de toute information pertinente qui pourra faciliter l'accès au réseau de services et favoriser l'implication et la collaboration de la population dans les changements souhaités.

ONZE PRINCIPES DIRECTEURS

Des grandes orientations traduites en onze principes directeurs ont guidé les choix présentés dans « Le défi de l'accès ». Ces principes représentent en fait les fondements sur lesquels est érigée notre façon de concevoir l'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal.

1. UNE VISION MÉTROPOLITAINE DES SERVICES

La région de Montréal assure des services spécialisés et ultraspécialisés non seulement aux résidants de l'île, mais aussi au bénéfice de l'ensemble de la population métropolitaine et, dans certains cas, à l'échelle du Québec. Cette zone métropolitaine compte 2 900 000 personnes (l'île de Montréal : 1 800 000) qui représentent 59 % de la population du Québec. On y retrouve en fait cinq régions qui disposent d'un budget global correspondant à 57 % du budget québécois de la santé et des services sociaux.

Cette réalité métropolitaine fait qu'il n'existe aucune frontière réelle entre les différents territoires, la population a librement accès, au-delà des limites administratives, à l'ensemble des ressources en fonction de ses besoins. Il a été démontré que pour maintenir la qualité des soins spécialisés et ultraspécialisés on ne peut aller en deçà d'un certain seuil au plan des masses critiques nécessaires à la prestation de ces services.

Tableau 11 **Les onze principes directeurs**

Quatre orientations générales

1. Une vision métropolitaine des services
2. Une approche réseau
3. Des services publics à la bonne vitesse
4. L'enseignement et la recherche

Sept orientations plus spécifiques

5. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit
6. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées
7. Cibler au lieu de saupoudrer
8. Le balisage avec les meilleures pratiques
9. L'amélioration continue de la qualité pour tous
10. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel
11. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population

Cette façon de concevoir la dispensation de services spécialisés à Montréal entraîne nécessairement des conséquences sur la façon de gérer ces services.

- **Considérer une approche métropolitaine pour l'accès aux services spécialisés**

  Nous croyons que le rééquilibrage des ressources de soins généraux et de certains soins spécialisés dans l'espace métropolitain devrait viser une amélioration de l'accès et de la qualité des services ainsi qu'une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et infrastructures selon une approche intégrée avec les régions limitrophes. Nous pensons que le ministère et nos partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître cet espace métropolitain et collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services spécialisés.

- **Des enveloppes budgétaires nationales adéquates**

  Certains services ultraspécialisés comme les transplantations, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie ont un bassin de desserte qui englobe la grande région métropolitaine (et, dans certains cas, tout le Québec), la création d'enveloppes nationales pour financer ces services est à notre avis la voie de la solution.

- **Une approche locale ou régionale pour l'accès aux services de première ligne**

  L'accès aux services de première ligne, que ce soit dans le domaine de la santé physique, des services sociaux, de la santé mentale, du maintien à domicile ou encore pour des services d'hébergement et de soins de longue durée doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions.

2. UNE APPROCHE RÉSEAU

Le réseau montréalais est composé d'une multiplicité d'acteurs qui contribuent à assurer une réponse aux besoins de la population. Afin d'assurer une continuité des soins et services, la Régie régionale a opté en 1995 pour la mise en place d'un réseau interactif entre les différents partenaires. Ainsi, un médecin qui prescrit des soins postopératoires à domicile à son patient doit s'assurer auprès du CLSC concerné que le service est disponible et s'entendre sur le suivi à donner.

Cette approche exige toutefois que les partenaires du réseau convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions, et acceptent d'adopter des normes et standards de communication uniformes.

Tableau 12 **Proportions des services hospitaliers dispensés à des non résidants de Montréal**

Services hospitaliers pour des non-résidants	34 %
Services ultraspécialisés	53 %
Services spécialisés	36 %
Services généraux	29 %

Tableau 13 **Pourcentage de patients provenant de régions voisines**

Établissements	% de patients en provenance des régions voisines : Laval, Montérégie, Laurentides, Lanaudière
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	37 %
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	53,4 %
Centre hospitalier Angrignon	18,1 %
Hôpital général du Lakeshore	32,8 %

Tableau 14 **Approche réseau : 2 conditions essentielles**

- S'assurer que chaque composante dispose des ressources appropriées pour jouer efficacement son rôle.
- Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels.

3. DES SERVICES PUBLICS À LA BONNE VITESSE

La Régie régionale de Montréal-Centre veut consolider et continuer à développer l'accessibilité à des services publics de qualité. La meilleure façon, selon nous, d'éviter l'instauration de deux systèmes de services, l'un pour les riches et l'autre pour les pauvres, est de miser sur l'amélioration de la performance du réseau public en optimisant toutes les ressources à notre disposition.

Toutefois, la volonté de maintenir le caractère public des services peut tout de même aller de pair avec une collaboration du secteur privé, notamment dans les services d'hébergement et de soins de longue durée, dans la recherche et dans l'implantation d'industries reliées au domaine de la santé telles les industries pharmaceutiques, biotechnologiques, des technologies de l'information et de consultations. Actuellement, le partenariat développé avec le secteur privé se retrouve dans des créneaux où cette contribution peut apporter une valeur ajoutée réelle aux plans économique, social ou à la qualité des services.

4. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

La région de Montréal-Centre compte neuf établissements universitaires : sept sont déjà désignés officiellement et deux étaient en attente de désignation au 31 mars 1999. Ces établissements ont une triple vocation : prestation de services, enseignement et recherche. En plus de ces neuf centres, la Régie régionale poursuivra ses interventions auprès de la ministre afin qu'elle procède à des désignations universitaires dans le domaine de la santé mentale (institut universitaire de santé mentale) et dans le domaine des CLSC (centre affilié universitaire).

L'enseignement et la recherche sont des composantes essentielles pour améliorer les services à la population. Elles favorisent l'évolution et le développement des nouvelles technologies médicales et informationnelles qui sont au cœur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de nos services. Le maintien d'équipement à la fine pointe de la technologie dans ces centres constitue une préoccupation importante de la Régie régionale pour assurer la réussite du virage ambulatoire, de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques ainsi que de l'accès aux plateaux techniques.

À ce titre, le soutien et le financement de ces activités constituent un enjeu majeur. La Régie régionale compte utiliser tous les leviers à sa disposition pour en favoriser l'essor et maximiser les retombées dans l'ensemble du réseau. Nous suggérons une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche comme celle dédiée aux services ultraspécialisés. Cette enveloppe devrait comprendre une partie pour les services et une autre pour le financement des immobilisations et l'acquisition ou le remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres universitaires.

5. DES SERVICES ACCESSIBLES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT

Une tendance sociale observée depuis quelques années indique que maintenant les gens désirent demeurer à la maison le plus longtemps possible, tant que leur niveau d'autonomie le permet. La nécessité de se tourner vers des services institutionnels devient plus évidente lorsque leur sécurité et leur santé l'exigent et ce, tant qu'elles l'exigent.

Cette situation requiert une utilisation optimale et judicieuse de toutes les ressources accessibles à partir du domicile et de la communauté jusqu'à celles offertes en institution. De plus, utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, et pour le réseau, et pour la population. Cette tendance à privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel, lorsque cela est possible, est présente dans tous les continuums de services.

6. DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION MIEUX INTÉGRÉES

Au plan de la prévention-promotion, nos actions sont choisies en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population, de notre capacité d'agir et du degré de mobilisation du milieu. Elles se concrétisent souvent grâce à la collaboration d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional. Dorénavant, nous voulons mieux intégrer les mesures de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

En 1994, nous avions identifié quatre grandes priorités régionales de santé et de bien-être qui demeurent toujours en avant plan : la santé et le bien-être des tout-petits, le développement optimal des jeunes, la violence faite aux femmes et le cancer du sein. À ces choix régionaux, le ministère a ajouté cinq priorités nationales relatives aux immunisations, aux VIH-sida et aux maladies transmises sexuellement, aux traumatismes non-intentionnels, à l'alcoolisme- toxicomanie et au tabagisme.

7. CIBLER AU LIEU DE SAUPOUDRER

Le saupoudrage de ressources sur un grand nombre de mesures (souvent la conséquence de compromis entre les intérêts de plusieurs groupes d'influence) est, selon nous, inefficace. Nous optons plutôt pour une approche qui cible nos interventions.

En continuité avec les précédents, ce plan choisit aussi de concentrer nos efforts sur un nombre plus limité de cibles, et ce, selon leur importance pour la population et notre capacité d'agir pour réaliser les améliorations souhaitées.

8. BALISER AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES

Dans un contexte équivalent et avec des ressources comparables, nous voulons, en matière de services, atteindre les standards de qualité et d'efficience les meilleurs au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.

Cela exige un travail constant, de la patience et de la créativité. Il faut être en mesure d'évaluer objectivement sa performance, la comparer aux meilleures dans chaque domaine, faire le bon diagnostic des éléments à améliorer et parfois changer substantiellement les façons de faire. Le développement de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués nous donnent maintenant la possibilité d'utiliser plus efficacement bon nombre d'outils statistiques et d'études.

L'utilisation de cette approche de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population ainsi que dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien constitue la solution privilégiée pour arriver à identifier les pistes d'amélioration.

9. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

En 1994, la Régie régionale a initié une démarche visant à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Ce processus nous a amené, entre autres, à nous donner une compréhension commune du concept de service impliquant tant les attentes de la population que la façon de rendre les services aux plans relationnel, professionnel et organisationnel. Nous avons aussi créé vingt sites pilotes dans toutes les catégories d'établissement afin d'expérimenter des programmes intégrés d'amélioration continue de la satisfaction des usagers.

Le plan 1998-2002 veut continuer à soutenir une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous. Plus précisément, nous voulons améliorer, dans tous les continuums de services et cela de façon continue, la qualité aux plans de la satisfaction de la population, de l'efficience et de l'impact sur la santé et le bien-être. Cela implique aussi l'adoption d'une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel. Ultimement, nous voulons passer des projets pilotes à une généralisation des programmes d'amélioration continue.

10. LA RECONNAISSANCE DU COMMUNAUTAIRE ET DU PARTENARIAT INTERSECTORIEL

Tout en admettant l'importance des conditions de vie comme facteurs déterminants, la Régie régionale croit fermement que les citoyens sont aussi, individuellement et collectivement, les premiers

responsables de leur santé et bien-être. Elle reconnaît que l'engagement volontaire et bénévole d'une collectivité en vue de trouver des moyens de répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits, ou de proposer des approches différentes, s'exprime de façon éminente par l'action des organismes communautaires.

Cette vision se concrétise dans la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires à titre de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et se traduit dans le respect de certains principes :

- La reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et de la compétence des organismes communautaires;
- L'adhésion à une approche globale (dans le sens du non-morcellement des problématiques vécues par la population);
- L'équité de financement selon les besoins de la population desservie et compte tenu des ressources financières disponibles;
- Une gestion simple, efficace et connue de tous;
- La cohérence dans les interventions auprès de ces organismes.

De plus, nous avons choisi d'accentuer la concertation intersectorielle tant au plan régional que local. Cette concertation, tournée vers l'action, implique nos partenaires du milieu communautaire mais aussi ceux des secteurs de l'éducation, des municipalités, de la justice, de la sécurité publique, des communautés culturelles et de l'immigration, du développement social et économique, en fonction d'objectifs communs et librement partagés.

11. LE RESPECT DES CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET ETHNOCULTURELLES DE LA POPULATION

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, compte tenu des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population montréalaise, la langue et la culture des personnes desservies constituent certes des éléments importants. « Le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique représente une orientation essentielle pour la Régie régionale qui recherche constamment le juste équilibre entre les attentes de la population et le respect des divers droits, lois et politiques ». [1]

---

1 *Le défi de l'accès, Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*, **Régie régionale de Montréal-Centre, juin 1998**

DES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

En 1995, suite à une large consultation, la Régie régionale a établi onze priorités. Ces priorités ont toutes été intégrées au plan d'amélioration des services 1998-2002, dans les continuums de services visés. Par ailleurs, quatre de celles-ci sont en fait des priorités de santé et de bien-être et font toujours l'objet d'une attention particulière et d'un suivi régulier de la part de la Direction de la santé publique. Voici une brève présentation de ces priorités.

Santé et mieux-être des tout-petits

Améliorer la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu défavorisé, y compris au moment de la grossesse.

Développement optimal des jeunes

Améliorer le développement des jeunes en soutenant l'acquisition de comportements favorables à la santé et la prévention des difficultés d'adaptation et de la marginalité.

Violence faite aux femmes

La prévenir et en réduire les conséquences défavorables pour la santé et le bien-être des femmes.

Cancer du sein

Diminuer la mortalité et la morbidité.

Figure 1.5 Quatre priorités

- Santé et mieux-être des tout-petits
- Développement optimal des jeunes
- Violence faite aux femmes
- Cancer du sein

SIX CONTINUUMS DE SERVICES

Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux s'articule autour de douze mesures centrales regroupées au sein de six continuums de services.

1. les services en santé physique;
2. les services aux personnes âgées en perte d'autonomie;
3. les services aux personnes ayant une déficience physique;
4. les services de santé mentale;
5. les services en déficience intellectuelle;
6. les services en adaptation sociale :
   - les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents;
   - les services reliés à la violence faite aux enfants;
   - les services en alcoolisme et en toxicomanie;
   - les services aux personnes itinérantes;
   - les services relatifs au sida.

Chaque continuum inclut des services accessibles, continus et intégrés. Un continuum suppose des modalités d'articulation entre les divers dispensateurs mais aussi entre les différents niveaux d'intervention. Ces modalités contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les différents niveaux d'intervention.

Un continuum de services

Information

•

Promotion-prévention

•

Support

•

Services de base

•

Intervention de crise ou d'urgence, soins aigus

•

traitement spécialisé ou ultraspécialisé

•

réadaptation/réintégration sociale

DOUZE MESURES CENTRALES

1. POUR LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE : 4 mesures centrales

Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne : un réseau intégré de services de première ligne

Dans le but d'atteindre les objectifs de qualité et d'efficience dans l'amélioration de la prestation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale veut initier l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale de Montréal-Centre qui offrent des services médicaux de première ligne (en santé mentale et en santé physique) quel que soit leur milieu d'exercice : centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC, cliniques médicales, polycliniques et cabinets privés. Ce réseau de soins généraux devra être étroitement lié aux autres réseaux de soins spécialisés de deuxième et troisième ligne.

Le moyen privilégié pour mettre sur pied et actualiser le réseau intégré de services médicaux de première ligne est la création du Département régional de médecine générale.

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence.

Les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence sont nombreux, complexes et dépendent de plusieurs facteurs. Nous croyons que les solutions à ces problèmes se situent dans l'ensemble du réseau de services, c'est-à-dire tant avant l'arrivée de la personne à l'urgence que pendant son séjour et après son départ. Elles doivent s'intégrer dans un continuum de services qui répond aux besoins de la personne, au bon moment et au bon endroit.

Pour éviter tout séjour de plus de 24 heures dans une salle d'urgence, nous comptons sur différents moyens : la création de cinq centres ambulatoires sur le territoire montréalais (Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Cœur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et Centre universitaire de santé McGill); l'utilisation d'alternatives à l'urgence, une amélioration du fonctionnement de la salle d'urgence, une croissance de la performance de l'hôpital et une meilleure liaison entre l'hôpital et les autres ressources.

Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés

Toutes les actions envisagées relativement à cette mesure visent à diminuer les listes et les délais

Tableau 1.7 Des conditions de succès

La réalisation du plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessite le développement, au plan national, d'un certain nombre de conditions permettant l'atteinte des objectifs visés. En ce qui a trait à la pratique médicale, on peut retenir trois conditions :

- **La conclusion d'une entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec permettant la mise sur pied d'un réseau intégré de médecine générale;**
- **La levée du décret réduisant de 30 % la rémunération des nouveaux omnipraticiens désirant s'installer sur l'île de Montréal;**
- **Des modalités de rémunération des spécialistes permettant l'atteinte de nos objectifs d'amélioration de l'accès aux services dans les secteurs de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, de l'orthopédie, de l'ophtalmologie, de la radio-oncologie.**

d'attente dans les secteurs névralgiques : en chirurgie cardiaque, en neurochirurgie, en orthopédie, en ophtalmologie et en radio-oncologie.

Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire

Il existe maintenant des services de prélèvements sans rendez-vous dans tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du territoire ainsi que dans douze CLSC.

Nous voulons améliorer encore davantage l'accessibilité à ces services, notamment en offrant des plages horaires sans rendez-vous dans tous les CLSC et en reliant ces derniers à un laboratoire afin qu'ils obtiennent rapidement les résultats. Tous les CLSC devraient être en mesure d'offrir quatre heures d'ouverture, de 7 h 30 à 11 h 30, pour des prélèvements sans rendez-vous.

2. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES : À grande mesure centrale

Améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie

Les personnes âgées représentent environ 15 % de la population de la région. Elles constituent toutefois 32 % des personnes hospitalisées et nécessitent 50 % des jours présences en hospitalisation de courte durée (1996-1997) De plus, on constate que leurs durées moyennes de séjour sont généralement plus longues que pour l'ensemble de la population (12,6 comparativement à 7,97 jours).

Le continuum de services offert à cette clientèle fait en sorte que les personnes qui requièrent moins de 1,5 heure-soins par jour sans besoin de surveillance devraient voir leurs besoins couverts par les services de maintien à domicile et les ressources d'habitation privées. La clientèle nécessitant moins de 1,5 heure-soins par jour et présentant des problèmes de comportement devrait être accueillie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, de même que la clientèle requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour avec besoin de surveillance.

Nous voulons améliorer la réponse du réseau aux besoins de ces personnes tant en hébergement institutionnel (centre d'hébergement), pendant une hospitalisation, à domicile ou en ressource d'hébergement non institutionnel (pavillon, résidence d'accueil). Nous voulons aussi consolider le guichet unique (CLSC) qui concentre un ensemble des services offerts aux personnes âgées : évaluation de leurs besoins, prestation des soins appropriés, orientation dans le réseau.

UN GUICHET UNIQUE

Dans chaque CLSC, une personne-ressource voit à assurer à chaque personne en perte d'autonomie les bons services adaptés à sa situation : évaluation des besoins, prestation des soins appropriés, orientation dans le réseau. Le plan 1998-2002 vise à consolider l'implantation de ce guichet unique dans tous les CLSC.

3. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE : 2 mesures centrales

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

Nous voulons offrir, par l'intermédiaire des CLSC, des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile. La clientèle principalement ciblée est celle présentant une problématique orthopédique telles les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche.

Par différents moyens, nous voulons optimiser l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des unités fonctionnelles intensives en centre d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements agissant en amont et en aval de leurs interventions.

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Les services de maintien dans la communauté impliquent les services dispensés par les CLSC, les services de répit et de dépannage offerts par des établissements tel le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et les services offerts par des organismes communautaires.

Pour éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique, la Régie régionale rehaussera le montant investi dans le Programme de services à domicile intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques.

Pour éliminer la liste d'attente et assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année, la Régie régionale augmentera le budget du Programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique.

4. POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE : 1 mesure centrale

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Nous voulons favoriser un accès aux services de base dans la communauté pour ainsi éviter la détérioration de la santé et du bien-être des personnes souffrant de troubles mentaux transitoires ou persistants ainsi qu'à leur famille et à leurs proches.

5. POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : 1 mesure centrale

Desservir toutes les personnes en attente de services

La gamme de services en déficience intellectuelle repose principalement sur trois grands programmes. En mars 1998, plus de 1 500 personnes étaient en attente de services dans l'ensemble des programmes, soit près de 400 en provenance de la liste d'attente des services résidentiels, environ 440 en attente de services socioprofessionnels diversifiés et enfin, plus de 750 personnes en attente de services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. Notre prétention est d'arriver à offrir des services à toutes les personnes en attente.

6. POUR LES SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE : 2 mesures centrales

Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur.

Nous voulons mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC, un projet jeunesse qui contribuera à corriger les lacunes concernant l'accessibilité, la continuité et la non-intégration des services jeunesse, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Ultimement, les objectifs visés par ce projet sont d'améliorer l'état de santé et de bien-être des jeunes, de développer de façon optimale l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes, notamment des plus démunis, et d'améliorer les conditions de sécurité et de protection des jeunes et du public en général. Les différents acteurs jeunesse seront tous sollicités afin de concrétiser ce projet.

Tableau 18 **Des conditions de succès**

Suite à l'adoption des orientations ministérielles en santé mentale, certaines conditions de réalisation s'imposent :

- **Un budget de transition de l'ordre de 15 M$, autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettra d'amorcer le développement de services dans la communauté et de former les ressources humaines;**
- **Le développement des services d'hébergement en milieu substitut, des services prioritaires de réadaptation-réinsertion sociale et de soutien aux familles et aux proches;**
- **Un échéancier de cinq ans suite à l'adoption des orientations ministérielles.**

De plus, la réalisation du plan implique la sensibilisation de la population aux problèmes reliés à la santé mentale et une information adéquate des différents services offerts.

Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

Il existe un consensus chez les différents spécialistes (*Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes* (1990), *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue* (1990), pour cibler les éléments suivants comme étant les voies à suivre en matière d'intervention en toxicomanie au Québec : le virage préventif, la personne au centre de toutes les interventions et le choix d'une action concertée avec les autres intervenants de la société.

Le plan régional d'action intersectoriel vise à mettre en place un réseau intégré de services en alcoolisme et toxicomanie qui inclura l'ensemble de la gamme des services prévus pour ce continuum. On insistera entre autre sur le dépistage et l'intervention précoce, l'accessibilité pour la clientèle anglophone et l'application dans tous les CLSC du programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies.

7. POUR L'ENSEMBLE DES CONTINUUMS DE SERVICES : 1 mesure commune

Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

L'une des caractéristiques du plan 1998-2002 est l'introduction, le plus tôt possible, en amont des services de crise et des services spécialisés, de mesures efficaces de prévention.

UN FINANCEMENT ADÉQUAT

Nous avons évalué que le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal, dont l'objectif fondamental est d'améliorer l'accessibilité, nécessitait des investissements financiers de 147,3 M$ en développement récurrent et de 44,2 M$ de façon ponctuelle (non-récurrent) répartis sur une période de quatre ans (1998-2002). De plus, nous estimons être en mesure d'améliorer l'efficience du système pour une somme équivalente à 95 M$ et nous prévoyons des réallocations intra et inter établissements pour un montant de 42,4 M$.

Sommaire financier lié aux continuums de services

En 1998-1999, première année de la mise en œuvre du plan (qui est en fait entré en vigueur au milieu de l'année financière), nous n'escomptions recevoir aucun budget supplémentaire pour cette période.

En 1999-2000, nous avons demandé 12,9 M$ en développement non-récurrent et 29,6 M$ en développement récurrent. En 2000-2001, un développement de 56,1 M$ (récurrent) est requis et 57,8 M$ (récurrent) en 2001-2002.

Des conditions de succès

Nous avons identifié certaines conditions qui sont nécessaires à la réalisation du plan d'amélioration :

- Le financement des coûts de système à compter de 1998-1999;
- Une contribution adéquate de l'enveloppe nationale pour la réalisation des priorités d'amélioration des services ultra-spécialisés;
- Des budgets d'immobilisation adéquats afin de réaliser les économies escomptées dans la réorganisation des services administratifs et de soutien. Ces besoins sont estimés à 20 M$ par année pendant trois ans;
- Une stratégie de financement cohérente avec les objectifs visés dans le domaine des ressources informationnelles;
- Un financement de démarrage provenant du ministère ou de partenaires intersectoriels pour permettre la réorganisation de services dans les continuums de services en santé mentale et en déficience intellectuelle;

- Un niveau de financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'œuvre et une prise en charge des intérêts sur la dette régionale par le niveau central;
- La constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche, permettant un financement adéquat des services, des immobilisations, de l'acquisition ou du remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres hospitaliers universitaires.

Une gestion rigoureuse sera nécessaire au cours des prochaines années sinon toute marge de manœuvre qui deviendra disponible sera engloutie dans un gouffre financier. Nous devons adopter un plan d'action très précis et systématique pour retrouver le plus vite possible notre équilibre financier.

Tableau 19 **Sommaire financier des développements requis liés aux continuums en santé physique**

Scénario sans développement 1998-1999	Développement non récurrent 1999-2000	Développement récurrent 1999-2000	2000-2001	2001-2002	Total
SANTÉ PHYSIQUE					
• Fonds développement accès spécialisés et ultraspécialisés	12 964 600	10 177 800	16 655 600	18 732 600	45 566 000
• Amélioration des soins postopératoires et post-hospitaliers : services en CLSC		1 060 000	2 120 000	2 120 000	5 300 000
Sous-total	**12 964 600**	**11 237 800**	**18 775 600**	**20 852 600**	**50 886 000**
Personnes âgées					
• Rehausement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h/s/jr		3 600 000	7 400 000	7 400 000	18 400 000
• Augmentation du taux de réponse		5 600 000	11 500 000	11 500 000	28 600 000
• Augmentation des services à domicile en CLSC		4 600 000	9 500 000	9 500 000	23 600 000
• Mise en place d'un centre de jour		300 000			300 000
• Augmentation des services d'hébergement temporaire					300 000
• Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel			300 000		
Sous-total		**14 100 000**	**28 700 000**	**28 400 000**	**71 200 000**
Personnes ayant une déficience physique					
• Services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile (développement CLSC)		340 000	680 000	680 000	1 700 000
• Augmentation 5,6 M$ sur trois ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC		1 120 000	2 240 000	2 240 000	5 600 000
• Augmentation 1 M$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles		200 000	400 000	400 000	1 000 000
Sous-total		**1 660 000**	**3 320 000**	**3 320 000**	**8 300 000**

SANTÉ MENTALE					
Déficience intellectuelle					
• Résidentiel		1 160 000	2 320 000	2 320 000	5 800 000
• Socio-professionnel		600 000	1 200 000	1 200 000	3 000 000
• Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches					
• Soutien à la famille (CR)		460 000	920 000	920 000	2 300 000
• Troubles envahissants du développement (autisme)		180 000	360 000	360 000	900 000
Sous-total		**2 400 000**	**4 800 000**	**4 800 000**	**12 000 000**
Adaptation sociale					
• Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxicomanie pour l'île de Montréal - Méthadone - (*)Mesures du plan d'action					
Sous-total		**260 000**	**520 000**	**520 000**	**1 300 000**
TOTAL	**12 964 000**	**29 657 800**	**56 115 600**	**57 892 600**	**143 666 000**

* Financement du plan d'action par les partenaires multisectoriels 3 673 305 $

Tableau 20 **Des conditions de succès**

- Financement des coûts de système;
- Contribution adéquate de l'enveloppe nationale pour les services ultraspécialisés;
- Budgets d'immobilisation adéquats;
- Stratégie de financement pour ressources informationnelles;
- Financement de démarrage pour certains continuums de services;
- Financement adéquat pour adaptation et développement de la main-d'œuvre;
- Constitution d'une enveloppe nationale pour enseignement et recherche.

UNE VINGTAINE D'INDICATEURS STRATÉGIQUES

Nous avons défini 26 indicateurs stratégiques qui nous permettront de suivre l'évolution du plan à travers un tableau de bord. Le suivi de ces indicateurs vise une reddition de compte intégrée, basée sur des résultats. Celui-ci permettra de vérifier le degré de réalisation des choix stratégiques du plan et de prendre les décisions qui s'imposent au moment opportun. Ce tableau de bord inclut des composantes d'efficience et d'efficacité du réseau, d'impact sur la santé et le bien-être de la population et de satisfaction des clientèles.

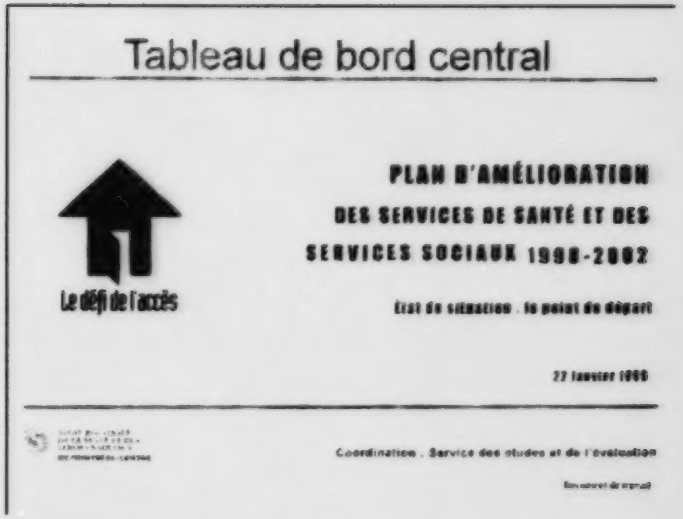
Voici ces indicateurs :

L'accessibilité aux services

- Dans les services spécialisés et ultraspécialisés :
  - L'attente pour des chirurgies cardiaques
  - L'attente pour des interventions en cardiologie tertiaire
  - L'attente pour des chirurgies en orthopédie
  - L'attente pour des chirurgies en ophtalmologie
- Les usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie mais inscrits en liste d'attente
- L'attente en réadaptation fonctionelle intensive
- Délai d'accès en déficience intellectuelle
- Taux de réponse : première admission en hébergement (CHSLD)
- Délai moyen d'accès : première admission en hébergement (CHSLD)
- Durée moyenne de séjour en soins de courte durée dans les CHSGS
- Séjours excessifs sur civière dans les urgences
- Visites ambulatoires aux salles d'urgence des CHSGS (8 h-22 h)

Les soins et services dans la communauté

- Usagers desservis par les CLSC suite à un traitement en centre hospitalier
- Intensité des services offerts à domicile aux personnes âgées de 65 ans et plus
- Usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs (POSILTH) des CLSC



- Nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC
- Proportion d'usagers vus en ambulatoire : psychiatre adulte
- Clientèle jeunesse desservie par les centres jeunesse et les CLSC en santé mentale

L'impact sur la santé

- Taux de réadmission
- Taux de létalité
- Taux d'admissions jugées évitables

Le maintien et l'amélioration de la compétence des ressources humaines

- Heures consacrées au perfectionnement et à la formation continue

La modernisation des services et l'équilibre de la situation financière

- L'évolution du pourcentage des heures travaillées et des coûts directs nets par catégorie de services
- Évolution des développements et réallocations budgétaires
- Niveau de surplus et déficit
- Niveau d'emprunt

Le point de vue des usagers

- Appréciation de la compétence du personnel
- Appréciation de l'accessibilité et continuité des services
- Appréciation de la rapidité et facilité des services

3.

Les 12 mesures centrales : résultats après un an

Continuum de services en santé physique

Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne 33

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence 35

Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés 38

Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire 41

Continuum de services aux personnes âgées

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie 42

Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive 45

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté 45

Continuum de services en santé mentale

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté 47

Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle

Desservir l'ensemble des personnes en attente de services 51

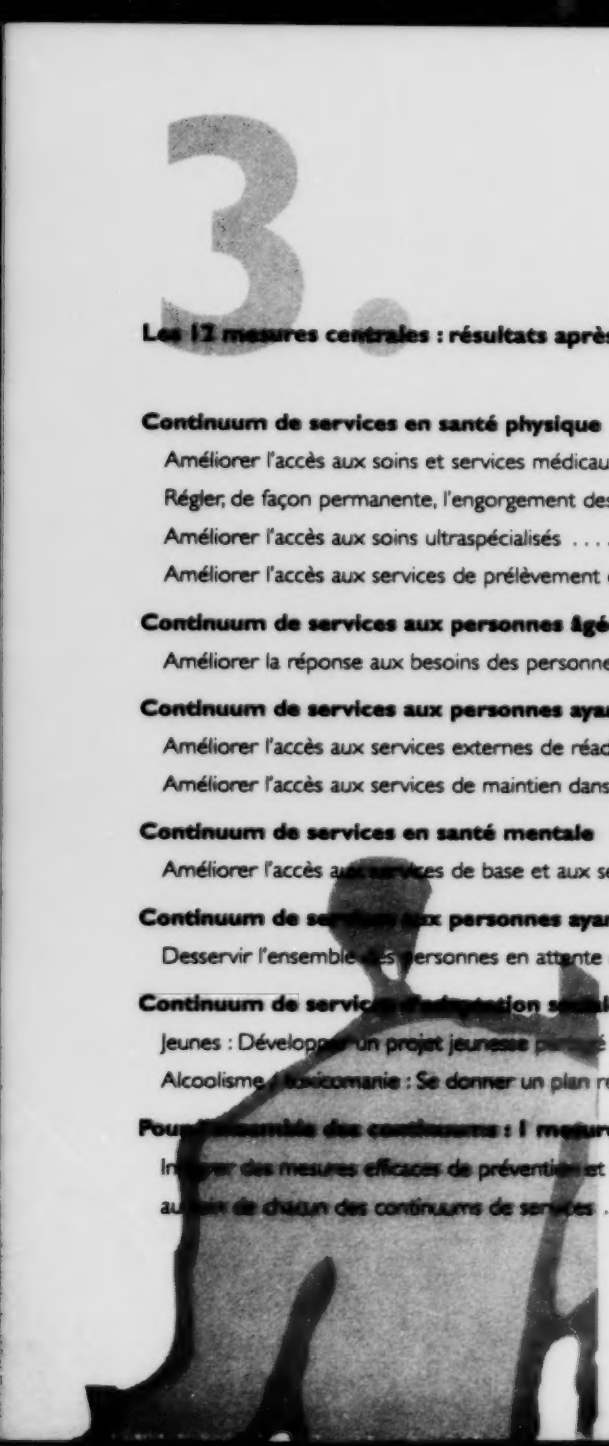
Continuum de services d'adaptation sociale

Jeunes : Développer un projet jeunesse [illegible] et mobilisateur 54

Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel 56

Pour l'ensemble des continuums : 1 mesure commune

Implanter des mesures efficaces de prévention et de promotion
au sein de chacun des continuums de services 58



CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

Interventions de promotion et de prévention

En santé physique, de plus en plus, des programmes de promotion de la santé et de prévention contribuent à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes. Pensons notamment au programme régional pour personnes souffrant d'insuffisance pulmonaire chronique, aux centres d'enseignement sur l'asthme, aux campagnes de vaccination, etc.

En 1998-1999, nous avons accordé une attention particulière au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Rappelons que la lutte contre le cancer du sein constitue l'une des quatre priorités régionales de santé et de bien-être pour lesquelles nous avons choisi d'accorder une attention particulière.

La lutte au cancer du sein

L'objectif du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est de réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité par cancer du sein d'ici 2006 (par rapport au taux de 1996), chez les femmes de 50 à 69 ans. Pour atteindre cet objectif, il faut viser un taux de participation des femmes ciblées de 70 % et offrir des services qui répondent à des normes élevées de qualité.

Ce programme a débuté en octobre 1998. Dans la région de Montréal-Centre, des centres de dépistage ont été sélectionnés. Des centres de référence pour investigation (bientôt au nombre de cinq) ont aussi été mis sur pied pour procéder aux examens supplémentaires chez les femmes présentant des anomalies à la mammographie de dépistage. La Direction de la santé publique pilote un centre de coordination pour les opérations régionales de recrutement et suivi des femmes ciblées, de formation des intervenants et d'évaluation du programme. Elle assure la liaison avec les établissements et participe aux activités de sensibilisation.

D'ici deux ans, les 200 000 femmes de 50 à 69 ans de la région auront été invitées à participer à ce programme. Grâce à un système d'information conçu à cet effet, on connaîtra mieux le taux de participation, le cheminement des femmes en cas d'anomalies ainsi que la performance du dépistage sur la capacité de détecter des lésions précoces et réduire le taux de mortalité.

En parallèle, depuis 1995, la Direction de la santé publique et plusieurs partenaires travaillent au développement de stratégies adaptées à la diversité des milieux pour sensibiliser les femmes. Plusieurs outils ont été développés à l'intention des intervenantes et des groupes de femmes, notamment pour les communautés ethnoculturelles.

MESURE 1

Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale.

Objectif spécifique

Créer un réseau intégré de services médicaux de première ligne. Ce réseau devra assurer à toute la population du territoire, l'organisation et la prestation continue d'une gamme complète de soins et services de santé de courte et longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de réinsertion sociale, de soins palliatifs et de santé mentale.

Actions réalisées et résultats en 1998-1999

■ Le Département régional de médecine générale (DRMG)

Le principal levier pour atteindre cet objectif est la mise sur pied d'un Département régionale de médecine générale (DRMG). Cette nouvelle instance régionale a été intégrée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux en juin 1998. Celui-ci doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire, et ce, quelque soit leur milieu d'exercice : centres d'hébergement, centres de réadaptation, CLSC, centres hospitaliers, cliniques médicales, polycliniques ou cabinets privés.

Parallèlement aux discussions entre le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ) sur des questions, entre autres, de rémunération, la Régie régionale formait, en mars 1999, un comité d'implantation du DRMG. Ce comité était formé par deux représentants de la Commission médicale régionale, deux médecins conseils de la Régie régionale, deux représentants de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal et du coordonnateur médicale de la Régie régionale. La première tâche du comité était de penser le fonctionnement du département et de procéder à la rédaction d'un ébauche de règlement de fonctionnement ainsi qu'à la composition du comité de direction.

Ce sera seulement en septembre 1999 que les ententes seront signées entre le MSSS et la FMOQ. À partir de ce moment, les autres étapes suivront. Ainsi, la première assemblée générale du département aura lieu à l'automne 1999.

■ Le Service Info Santé-CLSC

Le volume d'appels au service Info Santé n'a pratiquement pas augmenté en 1998-1999. Une investigation plus approfondie de la situation sera faite au cours de la prochaine année.

Quant aux délais d'accès, nos données présentent une augmentation des délais pour accéder au service. Cette situation s'explique en partie par le fait que nous avons changé la méthode de sondage. La nouvelle méthode, plus rigoureuse, a dans les faits modifié la façon de mesurer l'attente. Un autre sondage, prévu dans la prochaine année, nous permettra d'avoir un portrait plus juste de la situation. L'objectif que nous visons est de 3,5 minutes.

En 1998-1999, la Régie régionale a attribué 900 000 $ pour la consolidation du service Info Santé. Un montant de 100 000 $ a été accordé à chacune des quatre centrales et une somme variant entre 15 000 et 25 000 $ a été allouée à chaque CLSC.

Tableau 11 **Info Santé-CLSC - Volume d'appels**

Année	Nombre d'appels
1995-1996	440 304
1996-1997	504 362
1997-1998	551 443
1998-1999	552 219

Tableau 12 **Info Santé-CLSC - Délais d'accès**

Année	Délai
1994-1995	9,0 minutes
1995-1996	3,9 minutes
Mai 1996	2,6 minutes
Mai 1997	3,5 minutes
Octobre 1998	5,4 minutes

■ Les services médicaux de première ligne en santé mentale

Après avoir constaté la difficulté de regrouper les différents partenaires en santé mentale à partir des tables sous-régionales, la Régie régionale a décidé de créer un comité aviseur. Ce comité étudiera les besoins de l'omnipraticien qui offre des services de première ligne en santé mentale et tentera de développer des outils de support.

L'objectif visé est d'assurer une meilleure prise en charge de la première ligne en santé mentale. Le comité sera formé en septembre 1999 et regroupera des psychiatres, des médecins pratiquant en CLSC et des omnipraticiens de cabinets privés.

■ La garde médicale en disponibilité

En centre d'hébergement et de soins de longue durée, 90 % des lits publics bénéficient d'une garde en disponibilité rémunérée. De plus, il existe une garde dans cinq CLSC qui se sont regroupés et qui offrent des services de maintien à domicile en soins palliatifs. Deux CLSC offrent une garde médicale pour des services aux personnes en perte sévère d'autonomie. Un CLSC est toujours en attente de la mise sur pied d'une telle organisation dans son secteur. De plus, une garde médicale existe dans deux centres de réadaptation et centres hospitaliers de réadaptation.

■ Les services posthospitaliers et postopératoires à domicile

En 1997-1998, 21 238 personnes avaient reçu des services à domicile du personnel de leur CLSC. Ces services visent quatre clientèles précises : les personnes opérées (10 181 personnes), hospitalisées (11 892 personnes) et celles qui nécessitent des soins palliatifs (phase pré-terminale et terminale) (2 076 personnes) et des soins en périnatalité.

En 1998-1999, 1,8 M$ a été accordé en développement aux CLSC pour dispenser ces services. Les données sur les clientèles desservies en 1998-1999 n'étaient pas disponibles au moment d'écrire ces lignes.

MESURE 2

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

Objectif spécifique

S'assurer que toutes les urgences de l'île de Montréal atteignent les normes et standards établis par le Groupe tactique d'intervention et fonctionnent sans engorgement. Nous visons à éliminer tout séjour de plus de 24 heures.

Portrait de la situation

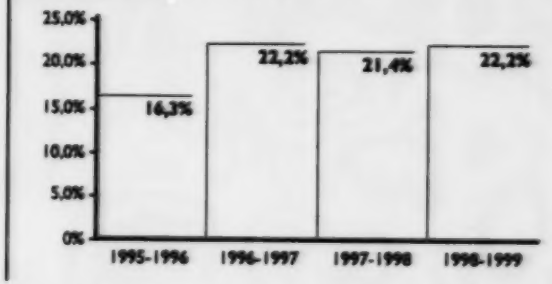
■ Les séjours de plus de 24 heures

Pendant l'année 1998-1999, c'est, en moyenne, un patient sur cinq (22 %) qui a séjourné plus de 24 heures à l'urgence d'un hôpital. Cette situation est la même que celle qui existait en 1996-1997 après avoir subi une très légère diminution en 1997-1998. Bref, on peut conclure que depuis trois ans, la situation n'a pas beaucoup évolué sur ce plan.

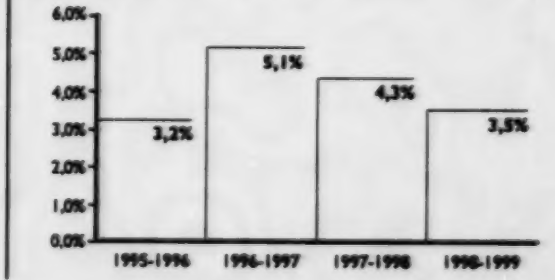
■ Les séjours de plus de 48 heures

Depuis 1996-1997, on constate une amélioration progressive dans la gestion des séjours de plus de 48 heures à l'urgence. En effet, ceux-ci sont passés de 5,1 % à 3,5 %. En 1998-1999, cinq centres

Graphique 1
Séjours de plus de 24 heures
1995-1996 – 1998-1999



Graphique 2
Séjours de plus de 48 heures
1995-1996 – 1998-1999



hospitaliers avaient atteint ou maintenaient un taux d'occupation de moins de 2 %. Deux grands CH dépassaient toutefois la moyenne de façon importante avec des taux de 7,3 % et 10,3 %.

Actions réalisées et résultats en 1998-1999

Plusieurs mesures sont prévues au plan d'amélioration concernant les alternatives à l'urgence, le bon fonctionnement de la salle d'urgence, la performance de l'hôpital et le suivi après un séjour à l'urgence. Nous présentons ici quelques mesures qui ont fait l'objet d'une attention plus particulière pendant l'année.

■ Gestion de la période hivernale

La Régie régionale a reçu 6,9 M$ pour faire face à la situation d'engorgement des urgences à l'hiver 1998-1999. Cette somme a permis :

- En courte durée, l'ouverture de 132 lits en centres hospitaliers (4,8 M$) : 55 lits subaigus en centres hospitaliers de réadaptation, 73 lits de courte durée et 4 lits de soins intermédiaires,
- En longue durée (1,7 M$), l'achat de 74 places d'hébergement transitoire en centres d'hébergement privés non conventionnés, l'ouverture de 16 lits de longue durée en centres hospitaliers de courte durée et 16 lits d'hébergement temporaire en centres d'hébergement;
- En santé mentale (180 000 $), la disponibilité de 10 places d'hébergement dans des centres de crise afin d'accueillir plus rapidement les patients souffrant de tels problèmes provenant des urgences;
- En CLSC , 10 000 $ pour l'ajout d'infirmières de liaison travaillant la fin de semaine et 100 000 $ pour accroître la capacité des CLSC à offrir des services à domicile à la clientèle provenant des hôpitaux la fin de semaine;
- Une somme de 112 000 $ pour différents moyens en appui aux autres déjà mentionnés.

De plus, la ministre de la Santé et des Services sociaux a accordé des primes pour un total de 900 000 $ à quatre hôpitaux de la région qui se sont distingués quant à la performance de leur urgence : le Centre hospitalier de St.Mary, l'Hôpital Général Juif de Montréal, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital de Montréal pour enfants. La Régie régionale a ajouté un montant de 100 000 $ à deux hôpitaux qui répondent aux mêmes critères de performance mais qui ont un volume plus réduit de patients à l'urgence. Il s'agit de l'Hôpital Jean-Talon et du Centre hospitalier de Lachine.

Tableau 23 **Mesures de désengorgement des urgences Hiver 1998-1999**

Catégorie	Nombre de lits/places	$
Lits en CH	132	4,8 M
Subaigus	55	
Courte durée	73	
Intermédiaires	4	
Lits en CHSLD	106	1,7 M
Privés non conventionnés	74	
Hébergement temporaire	16	
CHCD	16	
Santé mentale	10	180 000
CLSC		110 000
Autres mesures		112 000

■ Étude approfondie de la situation des urgences à Montréal

La Direction de la santé publique a diffusé les résultats d'une étude portant sur l'engorgement des urgences à Montréal. La période étudiée s'échelonnait d'avril 1995 à février 1999.

Les auteurs ont conclu, entre autres, que le phénomène de pointes observé à la saison hivernale aggrave l'engorgement déjà chronique des salles d'urgence. Ce phénomène est associé à l'âge (personnes de plus de 75 ans) et à certaines maladies (respiratoires et cardiaques). Elle reflète également une marge de manœuvre limitée, voire inexistante, au plan de la gestion des lits d'hospitalisation. Enfin, l'étude suggère qu'une des solutions à privilégier devrait viser à diminuer le nombre d'arrivées à l'urgence. Ces recommandations feront l'objet de mesures précises dans la gestion de l'engorgement prévisible pour l'hiver 2000.

Pertinence des admissions et des séjours hospitaliers

L'objectif visé ici est que tous les centres hospitaliers utilisent un outil d'évaluation en vue de vérifier la pertinence de la présence de patients dans les unités de soins aigus. Cet outil permettra de relever les délais indus dans le traitement du patient hospitalisé tels que des attentes pour les tests diagnostiques ou des consultations qui ont souvent pour effet d'allonger sans nécessité le séjour hospitalier. Il s'agit, entre autres, d'identifier les patients qui pourraient recevoir les soins appropriés dans un environnement autre que l'hôpital, soit des soins et services à domicile, en unités de soins de réadaptation, en soins de longue durée ou dans d'autres ressources appropriées.

La Régie régionale organisera dans l'année 1999-2000, à l'intention des hôpitaux, des rencontres d'information avec les compagnies qui commercialisent ces produits. Éventuellement, ceux-ci seront plus en mesure de faire un choix parmi les outils disponibles.

Les centres ambulatoires

Trois des cinq centres ambulatoires ont franchi des étapes relativement importantes. Le centre ambulatoire du Lakeshore est celui où les plans et devis sont les plus avancés. Les centres ambulatoires de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Sacré-Cœur sont à l'étape des plans et devis préliminaires.

MESURE 3

Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

Objectif spécifique

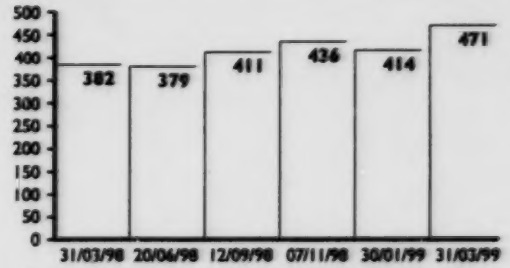
Il s'agit ici de réduire les listes d'attente et les délais d'attente dans des secteurs névralgiques comme la chirurgie cardiaque, la neurologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie.

Résultats en 1998-1999

■ Chirurgie cardiaque

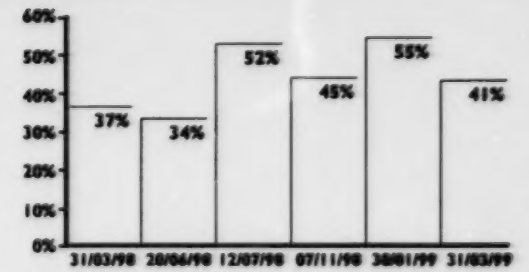
Malgré le fait que nous avons traité plus de cas que l'année précédente (12 % de plus), on constate que la liste d'attente s'est allongée : on est passé de 382 (mars1998) à 471 patients (mars1999). De plus, plus de personnes attendent plus d'un mois, c'était 37 % il y a un an, c'est maintenant quatre patients sur dix (41 %). Nous avons investi 3,4 M$ en développement dans ce secteur en 1998-1999.

Graphique 3 **Chirurgie cardiaque adulte - Nombre de patients en attente - 1998-1999**



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente en chirurgie 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 4 **Chirurgie cardiaque adulte - Attente de plus d'un mois - 1998-1999**



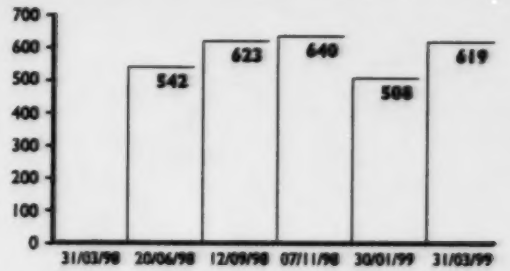
Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente en chirurgie 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ Chirurgie orthopédique – genou

Quoique la liste d'attente semble fluctuer selon les périodes, on observe une augmentation du nombre de personnes en attente depuis un an : de 542 patients en juin 1998 (mars n'étant pas disponible), nous avons atteint 619 en mars 1999. De façon générale, une personne sur trois attend plus de six mois. Cette situation s'est toutefois améliorée depuis juin 1998, nous sommes passés de 38 % à 31 %. La somme de 1 468 160 $ investie dans ce secteur a permis de traiter 3 % de plus de cas que l'année précédente.

Graphique 5

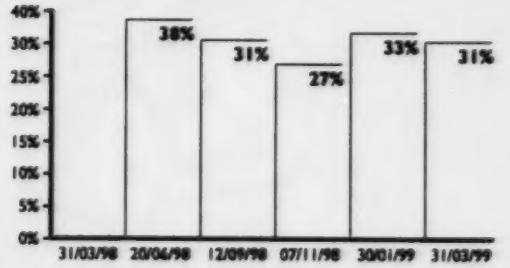
Orthopédie - Genou
Nombre de patients en d'attente - 1998-1999



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 6

Orthopédie - Genou
Attente de plus de six mois - 1998-1999

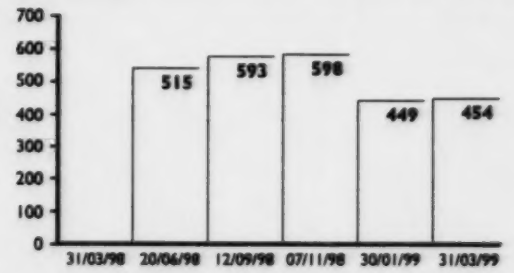


Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ Chirurgie orthopédique – hanche

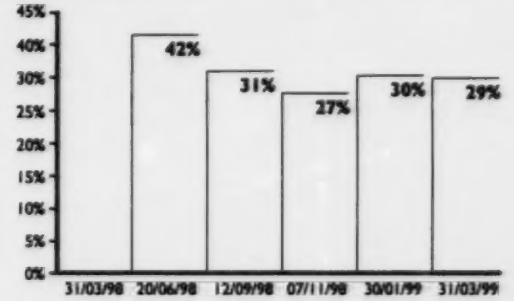
En un an, le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente a diminué d'une cinquantaine de cas. Ceux-ci sont passé de 515 (en juin) à 454 (en mars). On a en effet traité 14 % de cas de plus que l'année précédente et cette augmentation de production semble avoir eu un effet direct sur la liste d'attente mais surtout sur les délais d'attente. Alors que 42 % des gens attendait plus de six mois il y a un an, cette proportion est passée à moins d'une personne sur trois (29 %) à la fin de l'année. On a accordé 1 087 305 $ en développement dans ce secteur pendant l'année.

Graphique 7 **Orthopédie - Hanche**
Nombre de patients en attente - 1998-1999



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 8 **Orthopédie - Hanche**
Attente de plus de six mois - 1998-1999



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ **Ophtalmologie – cataracte**

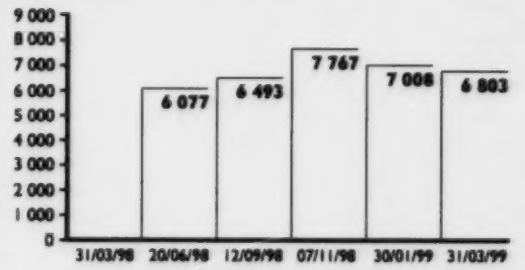
La liste d'attente est assez impressionnante dans ce secteur : 6 803 personnes en mars 1999. Depuis un an, 800 personnes se sont ajoutées à la liste. Par ailleurs, ce volume supplémentaire n'a eu que peu d'effet sur l'attente de plus de six mois puisque celle-ci est pratiquement demeurée stable. Il faut toutefois souligner que la somme investie de 859 845 $ a permis d'opérer 1 601 cas de plus que l'année précédente, soit une croissance de 15 %. Pendant l'année 1998-1999, 15 160 cas ont été traités.

■ **Radio-oncologie**

En mars 1999, plus de 600 personnes étaient en attente de traitement en radio-oncologie, dont 46 % pour un cancer du sein et 17 % pour un cancer de la prostate.

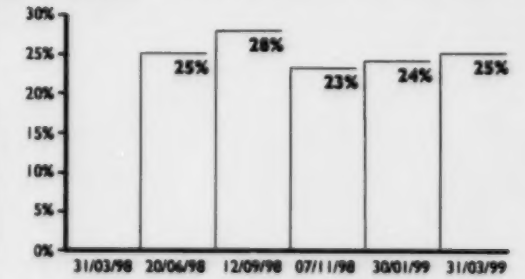
Bref, sauf pour la chirurgie cardiaque, on constate que partout où les sommes investies ont permis d'accroître le volume de production de plus de 10 %, ceci a eu un effet bénéfique soit sur la liste d'attente, soit sur les délais d'attente, soit sur les deux.

Ophtalmologie - Cataracte
Graphique 9 **Nombre de patients en attente - 1998-1999**



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999 - Direction de la programmation et coordination

Ophtalmologie - Cataracte
Graphique 10 **Attente de plus de six mois - 1998-1999**



Source : Suivi des volumes d'activités et liste d'attente 1998-1999 - Direction de la programmation et coordination

MESURE 4

Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire

Objectif spécifique

Généraliser les services de prélèvement sans rendez-vous dans tous les CLSC.

Actuellement, il est possible d'obtenir des prélèvements sans rendez-vous dans 12 CLSC du nord et de l'est de Montréal, en plus de tous les centres hospitaliers. L'objectif de généraliser ces prélèvements dans tous les CLSC devrait pouvoir se réaliser au cours des deux prochaines années.

Objectif spécifique

Pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de laboratoire, un objectif visé est d'intégrer les activités de laboratoire des CHSLD, CHSP et CHR à un laboratoire de CHSGS.

Résultats en 1998-1999

Parmi les établissements qui avaient des activités de laboratoire, cinq sur huit ont convenu d'une entente avec un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés pour l'analyse de leurs spécimens. Des discussions sont en cours pour les trois autres centres concernés.

CONTINUUM DES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES

MESURE 5

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Objectif spécifique

Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population.

Actions réalisées en 1998-1999

- **Pour les personnes d'expression anglaise**

  La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dont la première langue officielle parlée est l'anglais est de 31,8 %. Actuellement, 2 969 lits de longue durée sont visés par le plan d'accès aux services en langue anglaise, cela représente 20,2 % des lits de la région. Pour 2002, nous visons à augmenter ce pourcentage à 30,9 %. L'adoption du plan d'accès aux services en langue anglaise (à l'automne 1999) a rendu disponible 224 lits supplémentaires (CHSLD Dollard-des-Ormeaux et Manoir Pierrefonds) pour cette population.

  Un centre de jour est en implantation au Centre d'accueil St-Margaret pour desservir les personnes d'expression anglaise des territoires des CLCS Côte-des-Neiges, René Cassin et Métro.

■ **Pour la communauté juive**

De plus, un plan d'action a été convenu avec la communauté juive afin d'améliorer l'accès aux services de longue durée pour cette communauté. Le plan prévoit, entre autres, un programme de confort culturel dans un centre d'hébergement du centre ville et un certain nombre de places en ressources intermédiaires.

Objectif spécifique

Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

Actions réalisées en 1998-1999

Cette année, 6,9 M$ ont été attribués pour le développement et la consolidation des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Depuis trois ans, la clientèle desservie ne cesse d'augmenter. Les données ne sont pas encore disponibles pour l'année 1998-1999.

Objectif spécifique

Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement par l'entremise des entreprises d'économie sociale.

Résultats en 1998-1999

L'île de Montréal est maintenant couverte en totalité par onze entreprises d'économie sociale offrant de l'aide domestique. Une promotion de ces services a été faite à l'hiver 1999 dans la brochure « Direction santé » distribuée dans les 900 000 foyers de Montréal. À l'automne 1999, plus de 4 600 personnes bénéficiaient de ce service, 72 % représentait des personnes âgées de 65 ans et plus.

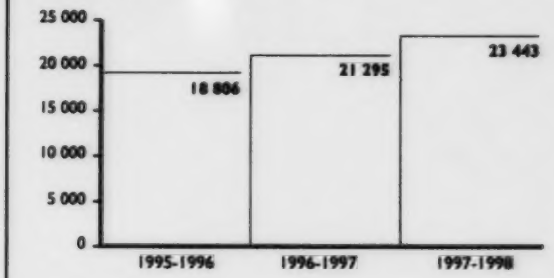
Objectif spécifique

S'assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité.

Résultats en 1998-1999

La Régie régionale a adopté et diffusé un cadre de référence concernant les ressources d'habitation

Graphique 11 **Soins à domicile - Nombre de personnes âgées desservies - 1995-1996 – 1997-1998**



privées. Ce cadre de référence traite du seuil critique de la perte d'autonomie, de la reconnaissance de critères minimaux de qualité pour faire partie du répertoire de référence, du CLSC comme partenaire de première ligne, du processus d'accréditation comme mesure volontaire, des rôles et du mode de collaboration entre les partenaires. En 1999-2000, la Régie régionale éditera un répertoire de ces ressources.

Objectif spécifique

Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

Actions réalisées en 1998-1999

Le projet SIPA est financé pour un montant de 7,6 M$ par le Fonds d'adaptation des services en santé (FASS) du gouvernement fédéral. Ce projet a débuté à l'été 1998. Il s'agit d'un projet de démonstration impliquant 1 200 personnes âgées en perte d'autonomie. La moitié des personnes sont suivies en vertu d'un programme de services correspondant au modèle SIPA et l'autre moitié constitue un groupe contrôle. L'étude associée au projet permettra de vérifier si, au plan de la qualité des services, de l'état de santé des personnes et du coût des services, le modèle SIPA est supérieur au mode habituel de prestation de services.

Le projet SIPA comporte les éléments suivants :

- Une coordination intégrée de l'ensemble des services requis par la personne (y compris en milieu hospitalier);
- L'utilisation du service le moins lourd pour répondre aux besoins en substitution à l'intervention hospitalière;
- La simulation d'un mode de financement par capitation.

Les différents groupes ont commencé à recevoir des services en vertu du programme en janvier 1999. L'expérimentation se terminera en juin 2000.

MESURE 6

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

Actions réalisées en 1998-1999

Quatre unités de réadaptation fonctionnelle et intensive (URFI) en CHSLD ont été intégrées au projet provincial d'expérimentation d'un système d'information. Un outil d'évaluation des troubles cognitifs sera dorénavant offert à l'ensemble des CHR et URFI. Enfin, des indicateurs de suivi ont été identifiés et implantés, ceux-ci permettront un monitoring des listes d'attente dans ces établissements.

MESURE 7

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Objectifs spécifiques

Éliminer les listes d'attente pour les services aux personnes handicapées et pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique. Accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique et assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir.

Actions réalisées en 1998-1999

Un montant de 1,7 M$ a été alloué aux CLSC afin d'augmenter les services dans le cadre du programme POSILTPH et une somme de 299 715 $ a été accordée pour le soutien aux familles.

Les sommes versées ont permis de rendre les personnes handicapées âgées de 65 ans et plus admissibles aux services du programme POSILTPH. De plus, nous observons, au 31 mars 1999, que la liste d'attente pour un nouveau service a été complètement éliminée. Il demeure toutefois certaines personnes pour lesquelles un rehaussement des services est requis, et ce, pour un total de 422 heures.

Objectif spécifique

Placer sous une responsabilité unique la gestion des enveloppes budgétaires destinées aux prêts et à l'octroi des équipements spécialisés.

Résultat en 1998-1999

C'est dans une optique de cohérence et d'efficacité que la Régie régionale gère, depuis octobre 1998, les enveloppes budgétaires pour l'acquisition d'équipements nécessaires à la clientèle handicapée à domicile.

Objectif spécifique

Allouer un développement budgétaire au Centre de distribution des aides techniques.

Résultat en 1998-1999

En juillet 1998, une subvention de 75 000 $ a été octroyée au centre afin de lui permettre d'augmenter son offre de service aux CLSC. Cette somme permettra une meilleure accessibilité aux services pour les personnes pathologiquement obèses.

Objectif spécifique

Mieux connaître certaines problématiques afin d'orienter nos actions dans l'avenir.

Actions réalisées en 1998-1999

Afin de pouvoir orienter nos actions et cibler les améliorations à apporter aux services de réadaptation, nous avons réalisé une série de bilans qui nous ont permis de mieux documenter certaines problématiques.

Ces bilans constituent des outils de travail afin d'orienter nos actions dans les secteurs suivants :

- Services de réadaptation axés sur l'intégration sociale des adultes ayant une déficience motrice (octobre 1998);

- Services de réadaptation en déficience motrice (octobre 1998);
- Services d'adaptation et de réadaptation pour la clientèle ayant une déficience auditive (juin 1999);
- Services pour la clientèle ayant une déficience visuelle (juin 1999);
- Services pour la clientèle ayant une déficience auditive et des troubles de langage et de la parole (mai 1999);
- Services en orthophonie et en audiologie offerts à la clientèle de tout âge (décembre 1999);
- Ressources résidentielles et d'hébergement (décembre 1999).

Au plan de la réadaptation axée sur l'intégration sociale pour la clientèle adulte ayant une déficience motrice, des travaux ont permis de clarifier le rôle et les responsabilités des établissements offrant ces services. De plus, pour les centres Lucie-Bruneau et Constance-Lethbridge, des programmes régionaux et sous-régionaux ont été identifiés et répartis entre ces centres.

CONTINUUM DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

MESURE 8

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Objectifs spécifiques

Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté. Assurer l'accès à des services de qualité dans la communauté à toute personne souffrant de troubles mentaux sévères, celles vivant en milieu hospitalier et devant réintégrer la communauté.

Actions réalisées en 1998-1999

■ Évaluation de la clientèle

Évaluation de 3 900 personnes hospitalisées en centre hospitalier de soins psychiatriques et en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ainsi que celles hébergées en pavillon, en ressource de type familial et en ressource intermédiaire. Ce portrait permettra d'offrir des services adéquats selon les caractéristiques des personnes.

■ Transfert de 24 patients de l'Hôpital Rivière-des-Prairies

Il s'agit ici du transfert de 24 patients de l'Hôpital Rivière-des-Prairies vers le CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville. Ces places ont été adaptées en fonction de cette nouvelle clientèle, ce transfert permettra d'améliorer la qualité de vie de ces personnes et de leur offrir des soins mieux adaptés à leurs besoins. Cette mesure nécessitera une réallocation de 595 000 $ de l'hôpital vers le CHSLD et se concrétisera au cours de l'automne 1999.

La Régie régionale poursuit ses démarches quant au transfert de 36 patients actuellement hébergés soit à l'Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine, soit au CH Douglas vers des centres d'hébergement de la région.

■ Tableau de bord en santé mentale

Pendant l'année 1998-1999 et le début de l'année 1999-2000, des efforts ont été consentis afin de systématiser des données tant sur la clientèle que les services en santé mentale. Un tableau de bord permettra dorénavant de suivre l'évolution des services dans la communauté et en institution.

Voici un résumé des informations contenues dans cet outil de travail pour les années 1995-1996 à 1997-1998. Vous constaterez qu'on observe un virage dans la communauté, et ce, tant au plan des ressources (dispensateurs de services), des clientèles que des ressources financières.

Tableau 24 Évolution des services en santé mentale 1995-1996 – 1997-1998

Services dans la communauté

	Nombre de ressources	Nombre de places / lits	Ressources financières	Clientèles desservies (usagers)	
Total	↑	–	↑ + 15 % (+ 50 % pour les organismes communautaires)	↑	
Ambulatoire	↑	–	↑ + 16 %	• Cliniques médicales :	+ 7 %
				• Urgences CH :	–
				• Hôpitaux de jour :	+ 48 %
				• Centres de jour :	+ 16 %
				• Centres int. crise :	+ 30 %
				• Cliniques externes CH :	- 15%
Hébergement	–	–	↑ + 13 %	Données partielles ↑	

Hospitalisations en psychiatrie

	Nombre de ressources	Nombre de places / lits	Ressources financières	Clientèles desservies (usagers)
Total	↓	↓ - 16 %	↓ - 12 %	↓ - 16 %
Département psychiatrique des CHSGS	↓ - 4 %	↓ - 27 %	↓ - 21 %	↓ courte durée - 9%
CH psychiatriques	= stable	↓ - 13%	↓ - 9 %	= courte durée : stable
Services médicaux	–	–	↓ - 14 %	↓ - 12 %

Un portrait des ressources et services dans la communauté

- Il existe un réseau de services très diversifié pour répondre aux multiples besoins de santé mentale dans la communauté;
- Les médecins jouent un rôle central dans la réponse aux besoins de la communauté;
- On constate une place non négligeable du communautaire dans la réponse aux besoins de clientèles lourdes;
- L'hébergement dans la communauté représente plus de 4 000 places;
- On observe une clientèle adulte importante et une faible représentation d'une clientèle jeune;
- Les services offerts dans les établissements rejoignent de façon très significative une clientèle plus lourde que celle desservie par les cliniques et cabinets privés;
- Les cas de névrose représentent la majorité de la clientèle des cabinets et cliniques privées;
- 20 % de la clientèle ne réside pas sur le territoire de Montréal-Centre;
- 108,4 M$ sont consacrés aux services dans la communauté (+ 32,4 M$ facturés à la RAMQ).

Un portrait des services d'hospitalisation

- Les services desservent 6 500 usagers en courte durée et 2 200 en longue durée;
- On y retrouve en majorité une clientèle adulte;
- On y retrouve aussi une clientèle plus lourde que dans les services offerts dans la communauté;
- 15 % de la clientèle provient de l'extérieur de la région;
- On consacre 119 M$ aux services d'hospitalisation en santé mentale dans la région (+ 4,8 M$ facturés à la RAMQ).

Objectif spécifique

Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique.

Actions réalisées en 1998-1999

En février 1999, le conseil d'administration approuvait la fermeture de 350 lits de longue durée et planifiait la réallocation de 17,5 M$.

Objectif spécifique

Mettre en place un plan régional de prévention du suicide.

Tableau 25 **Fermeture de lits dans les CHSP**

Hôpital Douglas	40 lits
Hôpital Rivière-des-Prairies	55 lits
Hôpital L.-H. Lafontaine	255 lits
Total	**350 lits**

Tableau 26 **Réallocation planifiée des ressources**

Hôpital	Vers CLSC et CHSLD	Vers CHSP	Total
Hôpital Douglas	1 107 857	2 417 143	3 525 000 $
Hôpital RDP	864 286	1 885 714	2 750 000 $
Hôpital L.-H. Lafontaine	3 527 857	7 697 143	11 225 000 $
Total	**5 500 000**	**12 000 000**	**17 500 000 $**

Actions réalisées en 1998-1999

Élaboration de la stratégie d'action régionale et du plan d'action pour le volet jeunes. De plus, de l'hiver 1999 à l'hiver 2001, un projet pilote d'intervention concertée sera implanté pour le bénéfice des usagers des Centres jeunesse de Montréal afin de leur offrir de meilleurs services. Ce projet se fera en partenariat avec l'Hôpital Sainte-Justine. Un investissement de 19 000 $ a été accordé aux Centres jeunesse de Montréal pour ce projet.

Objectif spécifique

Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes.

Résultats 1998-1999

Signature d'un protocole entre les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et le Centre hospitalier Douglas afin d'accroître les services de pédopsychiatrie pour les jeunes. Réalisation d'un colloque « Jeunesse et santé mentale » qui a permis de faire un état de situation et d'identifier des perspectives pour les jeunes de 12 à 18 ans; 200 personnes ont participé à cette activité.

Objectif spécifique

Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

Actions réalisées en 1998-1999

La Régie régionale prépare une campagne régionale d'information sur la santé mentale. Cette campagne traitera plus particulièrement du dépistage et de la référence en santé mentale. Pendant l'année, une somme de 160 000 $ a été accordée afin de réaliser une enquête sur le bien-être psychologique des Montréalais.

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

MESURE 9

Desservir l'ensemble des personnes en attente de services

Objectif spécifique

Injecter un budget de 12 M$ pour permettre de répondre aux besoins des personnes en attente de services.

Actions réalisées en 1998-1999

La Régie régionale est demeurée active pour faire valoir l'importance de cette mesure et pour suggérer des investissements prioritaires pour la prochaine année. Cette année, un budget de 699 334 $ a été accordé pour augmenter les services de soutien à la famille.

Objectif spécifique

Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels.

Résultats en 1998-1999

Au plan des services résidentiels, en 1998-1999, 32 patients ont été transférés dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Objectif spécifique

Implanter un réseau intégré de services pour personnes autistes et celles présentant des troubles envahissant du développement (TED).

Résultats en 1998-1999

Une somme de 395 000 $ a été octroyée aux centres de réadaptation pour personnes déficientes intellectuelles afin de leur permettre d'offrir des services spécialisés aux personnes autistes. De plus, une subvention de 62 350 $ a été versée à un organisme communautaire pour développer des places en camp de jour et améliorer la réponse aux besoins des familles en situation de crise.

Objectif spécifique

Développer des ententes, individuelles ou globales, entre les centres de réadaptation en déficience intellectuelle pour assurer l'accessibilité des services à la population d'expression anglaise.

Résultats en 1998-1999

Dorénavant, chaque centre de réadaptation assume ses responsabilités envers la population de son territoire. Des ententes précisent maintenant que chacun doit offrir des services à la population d'expression anglaise et ethnoculturelle.

CONTINUUM DE SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE

Interventions de promotion et de prévention

On retrouve dans ce continuum de services les trois autres priorités de santé et de bien-être auxquelles nous avons décidé d'accorder une attention particulière.

Jeunes - La santé et le bien-être des tout-petits

Il existe, dans huit territoire de CLSC, un programme intitulé *Naître égaux – Grandir en santé*. Ce programme met à contribution dix regroupements intersectoriels locaux. Les principaux partenaires (organismes communautaires, CLSC, centres jeunesse, centres de la petite enfance, villes, etc.) tentent de développer et de consolider la concertation pour mieux répondre aux besoins des familles avec jeunes enfants, surtout celles en situation chronique d'extrême pauvreté.

En matière de sécurité alimentaire, les projets sont axés sur la concertation locale entre des organismes. À elle seule, aucune action ne pouvant assurer la sécurité alimentaire des personnes ou des

communautés, nous optons donc pour des actions multiples et complémentaires appelant la solidarité, l'échange des savoirs et l'exercice d'influence. On retrouve au comité régional les représentants de ces projets et d'organismes comme Centraide, la Ville de Montréal, la Table de concertation sur la faim et le développement social ainsi que l'Université de Montréal. Le comité a amorcé en 1998-1999 un plan de sensibilisation aux enjeux de la sécurité alimentaire, au réseautage décideurs-intervenants et au soutien des concertations locales.

Jeunes – Développement optimal des jeunes

Depuis déjà trois ans, cinq tables de concertation Jeunesse travaillent à cette priorité. La plus récente évaluation indique que ces projets rejoignent près de 7 400 jeunes et de très nombreux parents. À titre d'exemple, le Groupe Communication Collective (GCC) a poursuivi ses ateliers thématiques sur la violence et mis en place *La Traversée*, qui facilite le passage du primaire au secondaire. Avec *Je Passe Partout*, couronné du prix Agnès Higgins de Centraide, c'est le soutien scolaire et familial auprès des jeunes d'écoles parmi les plus défavorisées de l'île qui est mis de l'avant.

Dans le quartier Villeray, plusieurs organismes appuient les intervenants de la polyvalente pour favoriser le maintien des jeunes à l'école et leur réussite. Les activités culturelles deviennent un moyen de stimuler l'animation des ruelles. Pendant ce temps, à Verdun, on travaille à consolider le soutien scolaire et familial et, à Ville Émard/Côte St-Paul, on travaille à renforcer le travail de rue. En fait, la priorité Jeunesse soutient plus de 60 projets intersectoriels.

Par ailleurs, l'unité Maladies infectieuses de la Direction de la santé publique a mis sur pied, dès 1996, un cadre d'action qui rassemble les deux centres jeunesse de Montréal et des représentants du milieu communautaire. Depuis 1998, les actions menées visent deux groupes : l'ensemble des jeunes desservis par les centres jeunesse et les jeunes présentant des conduites à haut risque (injection de drogues, prostitution, abus de drogues licites et illicites). Soulignons le travail de *Séro-Zéro* qui mène des actions de sensibilisation, d'écoute, d'accompagnement et de référence auprès de jeunes prostitués masculins du centre-ville.

Femmes : *C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal*

En appui à la campagne nationale, le comité régional intersectoriel a réalisé des activités de sensibilisation de la population montréalaise. En effet, si la campagne vise toute la population, elle cible plus spécifiquement les adolescents et adolescentes, cette violence faisant souvent son apparition dès le début des relations amoureuses. Au-delà de la violence physique, le comité souhaite sensibiliser le grand public et

les jeunes aux autres formes de violence (verbale, psychologique, etc.) et à leurs conséquences, tout aussi néfastes parce que « *La violence, c'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal* ». Des membres des communautés italienne, haïtienne et arabe ont aussi déployé beaucoup d'énergie pour sensibiliser leurs membres.

Par ailleurs, depuis 1996, les comités intersectoriels de trois territoires montréalais travaillent intensivement à promouvoir le sentiment de sécurité chez les femmes, que ce soit par le biais d'ateliers, d'auto-défense, de « marches exploratoires », de projets de réaménagement de lieux publics et de sensibilisation des commerçants. Pour maximiser l'impact du programme de formation en dépistage de la violence conjugale, on a ciblé les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, surtout ceux des centres hospitaliers. Près de 550 intervenants provenant de neuf CLSC ont reçu une formation.

MESURE 10

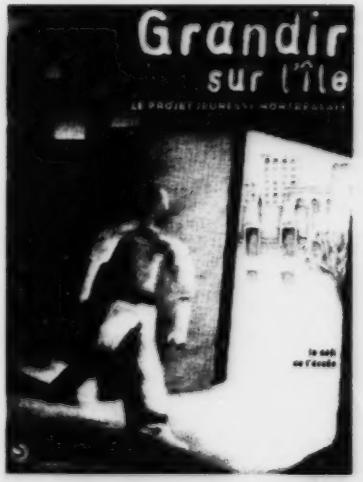
Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur

Actions réalisées en 1998-1999

- **Le projet jeunesse montréalais**

La situation de plusieurs enfants et jeunes montréalais est fort préoccupante. Bon nombre vivent des situations à risque pour leur développement ou connaissent des difficultés graves d'adaptation. Certains sont victimes d'abus, de la négligence, de l'ignorance ou de l'indifférence des adultes. D'autres, généralement plus âgés, se rebellent, se montrent violents, transgressent des lois, abusent d'alcool ou de drogues ou encore se prostituent. Un certain nombre abandonnent l'école prématurément ou sont hantés par des idées suicidaires.

Pour articuler un projet jeunesse à Montréal, la Régie régionale a mis sur pied un comité de coordination regroupant bon nombre de partenaires jeunesse : les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les médecins et spécialistes, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance, le milieu scolaire, le milieu municipal, la justice, le milieu de l'emploi,



les lignes d'écoute jeunesse. Pendant l'année 1998-1999, ce comité a concentré ses énergies à la rédaction d'un document commun, un document présentant les grandes orientations du projet jeunesse montréalais. Le lancement de ce document constituera une étape importante à l'automne 1999.

« *Grandir sur l'île* », le projet jeunesse montréalais s'adresse aux enfants, aux jeunes vulnérables ainsi qu'à leurs parents. Il vise à améliorer la santé et le bien-être de ces jeunes. Il veut contribuer à réduire le nombre d'enfants victimes de négligence et de violence, le nombre de comportements violents, le nombre de jeunes exclus ou marginalisés.

Il implique au premier plan tous les acteurs jeunesse montréalais. Il constitue en fait un pacte entre de nombreux partenaires qui acceptent de relever le défi de la collaboration, du partenariat, de la concertation.

D'une façon plus concrète, ce projet se traduit par :

- des services accessibles, continus, intégrés et complémentaires;
- une meilleure accessibilité aux services spécialisés;
- différentes actions de promotion, de prévention et de protection;
- des interventions précoces;
- des mécanismes de coordination et de concertation tant au plan local que régional.

La mise en œuvre de ce projet se réalisera sur les 29 territoires de CLSC de Montréal pour lesquels 29 plans d'action locaux seront élaborés. La Régie régionale a la responsabilité de coordonner et supporter toutes actions, comités, ententes et groupes de travail à portée régionale.

■ Intégration et continuité des services en périnatalité

En décembre 1998, la Régie régionale formait un comité aviseur en périnatalité. Celui-ci a pour mandat de proposer des modalités d'articulation entre les centres hospitaliers ayant un service d'obstétrique, les CLSC et les médecins traitants.

Le comité a produit un document qui sera en consultation à l'automne 1999 et l'hiver 2000 auprès des 29 CLSC, des neuf centres hospitaliers concernés et de la Commission médicale régionale.

MESURE 11

Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

Objectif spécifique

Assurer l'accès à des services de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes sur l'ensemble de l'île de Montréal.

Actions réalisées en 1998-1999

Dès février 1999, la Régie régionale initie un projet de financement pour l'accès au traitement à la méthadone. En mars 1999, le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, M. Gilles Baril annonçait un budget d'un million pour offrir des services à 2 500 héroïnomanes d'ici 2002.

À la suite de cette annonce, la Régie régionale a adopté un plan d'action régional et formé un comité d'implantation de services médicaux et psychosociaux pour les héroïnomanes. Des budgets de consolidation et de développement ont été accordés à l'Hôpital St-Luc du CHUM, à l'Hôpital Général Juif et au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (CRAN) ainsi qu'à Cactus Montréal. On prévoit que ces mesures amèneront le développement de 194 nouvelles places en traitement à la méthadone à Montréal pour mars 2000.

Objectif spécifique

Améliorer l'accès aux services dans les CLSC pour les alcooliques et toxicomanes.

Actions réalisées en 1998-1999

Des activités de formation et d'adaptation de services ont été menées auprès des sept CLSC les plus touchés par les populations séropositives et toxicomanes de Montréal.

Objectif spécifique

Développer des services complémentaires pour des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale.

Actions réalisées en 1998-1999

Un comité d'experts en santé mentale et toxicomanie a recommandé une organisation de services en vue de mieux desservir cette clientèle. Suite aux recommandations formulées, le ministre délégué a annoncé un budget de consolidation des services existants à Portage ainsi que le support à un projet conjoint entre le milieu psychiatrique et la toxicomanie de la région de Montréal-Centre.

Objectif spécifique

Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie.

Actions réalisées en 1998-1999

Montréal sera bientôt dotée d'un centre Portage pour les jeunes toxicomanes anglophones provenant de toutes les régions du Québec. Il s'agit d'un projet conjoint entre les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et Portage. Ce centre devrait être en opération en mars 2000.

Les personnes itinérantes

Objectif spécifique

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services de santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services.

Actions réalisées en 1998-1999

En décembre 1998, le directeur intérimaire de la santé publique émettait un avis sur la mortalité des jeunes de la rue. Les recommandations contenues dans ce rapport faisaient suite à la publication des résultats d'une étude qui mettait en évidence un cumul important de facteurs de risque, de multiples problèmes de santé physique et mentale ainsi qu'un taux alarmant de mortalité chez les jeunes de la rue, plus particulièrement au centre ville de Montréal. La concertation des organismes et des établissements ainsi que la contribution financière du MSSS et de Centraide Montréal, permettront, dès l'automne 1999, l'ajout de ressources humaines pour rejoindre ces jeunes dans leur milieu et leur faciliter l'accès aux services sociaux, de santé et communautaires lorsque requis.

MESURE 12

Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

Comme vous l'avez sûrement constaté en parcourant ce document, les mesures de prévention et de promotion ont été présentées à l'intérieur de chaque continuum de services.

4.

Le traitement des plaintes

Les plaintes traitées selon la procédure d'examen des plaintes

Portrait global 60

Objets de plaintes 60

Les établissements 61

Les services préhospitaliers d'urgence 61

Les ressources d'habitation privées 61

LES PLAINTES TRAITÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE SELON LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Portrait global

Pendant l'année 1998-1999, la Régie régionale a traité 190 plaintes, cela représente une diminution de 16 % par rapport à l'année précédente. Nous attribuons une bonne partie de cette baisse aux efforts consentis par les différents partenaires pour agir davantage en amont des problèmes et ainsi obtenir une plus grande satisfaction de la part de la clientèle.

La majorité de ces plaintes (57 %) sont en fait des plaintes reçues en deuxième instance, suite à une décision non satisfaisante pour le client rendue par l'établissement concerné (en première instance). Une plainte sur cinq (21 %) concerne le service préhospitalier d'urgence. Un peu plus de 10 % (13 %) vise plus directement la Régie régionale et 9 % concerne les organismes communautaires. Près d'une décision sur six (17 %) rendue par la Régie régionale n'a pas satisfait le plaignant qui s'est adressé par la suite au Commissaire aux plaintes en troisième et dernière instance. Cette proportion est sensiblement la même que celle de l'année précédente (16 %).

Objets de plaintes

Précisons tout de suite qu'une même plainte peut porter sur plusieurs objets, ceci explique pourquoi le nombre de motifs de plaintes est plus élevé que la quantité de plaintes reçues. Ainsi, en 1998-1999, la Régie régionale a traité 328 objets de plaintes.

De façon globale, une plainte sur trois (33 %) porte sur un problème d'accessibilité ou de continuité des services, une sur cinq (18 %) concerne l'aspect financier; 16 % a trait aux soins et services dispensés, la même proportion (16 %) concerne des droits qui n'auraient pas été respectés, 10 % ont trait aux relations interpersonnelles et enfin, 6 % porte sur des questions d'environnement et de ressources matérielles.

En comparaison avec l'année précédente, et toutes proportions gardées, on constate cette année une légère augmentation de plaintes portant sur l'accessibilité et la continuité des services, de même que sur des droits particuliers. On observe une diminution aux plans de l'environnement et ressources matérielles, des soins et services dispensés et sur l'aspect financier. Les plaintes relatives aux relations interpersonnelles sont demeurées stables.

Tableau 27 **Plaintes traitées par la Régie régionale 1er avril 1998 au 31 mars 1999**

Catégorie	1997-1998 Nombre	%	1998-1999 Nombre	%
Établissements	122	54	109	57
Organismes communautaires	23	10	17	9
Service préhospitalier d'urgence	49	22	39	21
Régie régionale	31	14	25	13
Total	**225**	**100**	**190**	**100**

Tableau 28 **Plaintes adressées au Commissaire aux plaintes 1er avril 1998 au 31 mars 1999**

Catégorie	1997-1998 Nombre	%	1998-1999 Nombre	%
Établissements	26	70	26	79
Organismes communautaires	3	8	—	–
Service préhospitalier d'urgence	7	19	7	21
Régie régionale	1	3	–	–
Total	**37**	**100**	**33**	**100**

Tableau 29 **Objets de plaintes - Régie régionale 1er avril 1998 au 31 mars 1999**

Objet	1997-1998 Nombre	%	1998-1999 Nombre	%
Accessibilité et continuité des services	94	26	108	33
Soins et services dispensés	66	18	54	16
Relations interpersonnelles	32	9	32	10
Environnement et ressources matérielles	41	11	21	6
Aspect financier	76	21	60	18
Droits particuliers	49	14	53	16
Autres objets de demandes	2	1	–	–
Total	**360**	**100**	**328**	**100**

Les établissements

Parmi l'ensemble des établissements, 44 % des plaintes (48 plaintes) concerne les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (accessibilité et continuité des services, soins et services dispensés, aspect financier); 24 % (26 plaintes) concerne les CLSC (accessibilité et continuité des services), 16 % (17 plaintes) sont issues des centres d'hébergement et de soins de longue durée (soins et services, environnement et ressources matérielles), 11 % (12 plaintes) des centres jeunesse (soins et services, droits particuliers), enfin, 4 % (4 plaintes) concerne les centres hospitaliers de soins psychiatriques (environnement et ressources matérielles). La Régie régionale n'a pratiquement pas reçu de plaintes concernant les centres de réadaptation (2 plaintes).

Note : Au moment de produire ce document, la Régie régionale ne disposait pas encore de toutes les informations nécessaires lui permettant de produire le rapport consolidé des établissements. En effet, onze établissements dont huit de taille importante n'avaient toujours pas transmis leur rapport. De plus, 55 rapports étaient jugés non conformes et nécessitaient une révision. La Régie régionale sera en mesure de produire ce rapport consolidé dès que les données seront complètes et validées.

Les services préhospitaliers d'urgence

La majorité des plaintes reçues sont associées à une contestation du compte d'ambulance en raison de l'absence d'information préalable donnée à la personne quant au coût du transport.

LES RESSOURCES D'HABITATION PRIVÉES

La Régie régionale reçoit et traite chaque année un certain nombre de plaintes quant aux ressources d'habitation privées (ressources sans permis).

En 1998-1999, nous avons reçu 34 plaintes, cela représente une baisse de 29 % par rapport à l'année précédente. Nous attribuons cette diminution aux énergies investies par la Régie régionale auprès de ces interlocuteurs afin d'améliorer la qualité des services et la sécurité des personnes qui y vivent mais aussi aux CLSC qui, au plan local, ont maintenant une meilleure connaissance de ces ressources et s'impliquent davantage.

La majorité des plaintes traitées (45 %) portent sur une question d'accessibilité et de continuité des services, plus particulièrement sur l'insuffisance de services offerts dans ces ressources. Une plainte sur cinq

Tableau 30 **Plaintes concernant les ressources d'habitation privées - 1er avril 1998 au 31 mars 1999**

Objet	1997-1998 Nombre	1998-1999 Nombre
Ressources d'habitation privées	48	34

(22 %) concerne l'environnement physique et les ressources matérielles, surtout la nourriture servie et l'adaptation, la sécurité des lieux. Au plan des relations interpersonnelles (17 % des plaintes), ce sont surtout des situations de violence et d'abus qui nous sont rapportées.

Tableau 31 **Objets de plaintes - Ressources d'habitation privées - 1er avril 1998 au 31 mars 1999**

Objet	1997-1998 Nombre	%	1998-1999 Nombre	%
Accessibilité et continuité des services	31	35	26	45
Soins et services dispensés	11	13	7	12
Relations interpersonnelles	14	16	10	17
Environnement et ressources matérielles	29	33	13	22
Aspect financier	3	3	2	3
Total	**88**	**100**	**58**	**100**

5. Les ressources humaines

Deux grands chantiers

La valorisation du personnel d'encadrement 64

La mobilité professionnelle et le maintien des compétences 66

CHANTIER 1
LA VALORISATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

La diminution substantielle du personnel d'encadrement ces dernières années, associée au contexte de changement constant, exigent aujourd'hui l'émergence de nouvelles compétences. Nous croyons qu'il faut accorder une place stratégique aux gestionnaires dans les organisations et mettre en évidence leur apport indispensable.

Objectif spécifique

Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut des cadres.

Actions réalisées en 1998-1999

Après une réflexion faite par une vingtaine de dirigeants du réseau régional, près de 400 cadres ont convenu, lors d'un colloque régional en début de 1999, de deux mesures majeures pouvant revaloriser le personnel d'encadrement du réseau.

D'une part, il y a eu convergence vers une définition de ce que doit être le rôle d'un nouveau cadre intermédiaire dans les établissements modernes, à savoir un « *coach* » d'équipe, un *leader qui sait mobiliser*.

D'autre part, deux compétences prioritaires ont été jugées essentielles pour que les cadres assurent une gestion performante de leur organisation. Ces deux compétences sont *le leadership mobilisateur* et *la gestion et l'accompagnement du changement*.

Ce consensus a permis aux divers établissements de mettre en place les actions concrètes en matière de développement des cadres et de tracer la toile de fond qui permettra de réfléchir à la relève dans le réseau. Pour sa part, la Régie régionale s'est engagée à transmettre aux établissements, dès 1999, des outils concrets à cet effet.

Objectif spécifique

Doter la région d'un plan de main-d'œuvre et de mobilité de carrière pour le personnel d'encadrement.

Tableau 32 **Évolution du nombre de cadres 1993-1994 1997-1998**

Année	Nombre total de cadres
1993-1994	5 786
1994-1995	5 740
1995-1996	5 268
1996-1997	4 269
1997-1998	3 700
1998-1999	pas encore disponible au MSSS

Actions réalisées en 1998-1999

Portrait régional

Nous avons établi un portrait régional du personnel d'encadrement. Cet exercice a permis d'identifier certaines problématiques à partir desquelles les responsables d'établissements ont amorcé des travaux de réflexion. À titre d'exemple, en voici quelques-unes :

- Le support au replacement des cadres en recherche d'emploi;
- La baisse importante du taux d'encadrement (suite aux changements récents vécus par le réseau et la diminution du nombre de cadres);
- La répartition des cadres en fonction de l'âge et son impact sur la relève.

Appui aux orientations ministérielles en ressources humaines

La Régie régionale a mis en place une panoplie de moyens (sessions de formation, outil d'évaluation organisationnelle) afin d'aider les établissements à redéfinir le rôle des responsables de la gestion des ressources humaines et favoriser une plus grande implication des cadres dans la gestion des équipes de travail et la mobilisation des employés. Des investissements de 50 000 $ ont permis de faire progresser ce dossier au plan régional.

Développement des ressources humaines

La Régie régionale a consacré près de 250 000 $ au financement de deux postes de conseillers en développement et plus de 35 000 $ en formation pour le développement de compétences des cadres supérieurs. Ces investissements ont permis à 225 d'entre eux de participer à une dizaine d'activités de formation spécifiques à leurs fonctions.

La Régie régionale assure une coordination régionale en matière de mobilité professionnelle interétablissements et accorde un support aux établissements dans le maintien d'un bassin régional de main-d'œuvre qualifiée.

Tableau 33 Cadres en replacement au 31 mars 1999

Mission	Nombre de cadres
CHSGS	106
Centre jeunesse	33
CHSLD	14
CR	8
CHSP	7
Autre	2
CLSC	1
Total	**171**

Tableau 34 Pourcentage de cadres de 50 ans et plus en 2002

	50 ans et plus	55 ans et plus
CHSP	73 %	50 %
CJ	73 %	35 %
CLSC	69 %	37 %
CR	63 %	26 %
CHSLD	60 %	39 %
CHSGS	56 %	35 %

CHANTIER 2
LA MOBILITÉ PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Pour la période 1998-2002, la Régie régionale a défini, notamment, les deux priorités suivantes : doter la région d'un véritable plan régional de main-d'œuvre et améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle.

Objectif spécifique

Doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre.

Actions réalisées en 1998-1999

- **Un cadre régional**

  La Régie régionale a convenu avec les dirigeants du réseau d'un cadre de référence régional permettant l'élaboration de plans régionaux de main-d'œuvre tant pour le personnel d'encadrement que pour les salariés. Ce canevas de travail a été partagé avec les responsables d'établissements et des travaux concrets ont été amorcés.

- **Problématique de la main-d'œuvre infirmière**

  Un état de situation détaillé des besoins et carences de main-d'œuvre dans le secteur infirmier a été préparé et analysé. Celui-ci permet entre autres d'appréhender les zones de difficulté pendant la période de vacances. Un programme d'actualisation des infirmières ayant quitté la profession, dans lequel la Régie régionale de Montréal-Centre a investi 119 933 $, rendra disponibles 22 ressources additionnelles pour le territoire à l'été 1999.

- **La situation des infirmières auxiliaires**

  Une cueillette d'informations quantitatives et l'analyse d'études ont été réalisées dans deux centres hospitaliers universitaires. De plus, des rencontres avec les CLSC parrains de projets pilotes sur l'utilisation des infirmières auxiliaires dans leur établissement ont généré un portrait précis de la situation de cette main-d'œuvre et orienteront nos actions de l'année subséquente.

Objectif spécifique

Améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région.

Actions réalisées en 1998-1999

■ **La main-d'œuvre en sécurité d'emploi**

La main-d'œuvre en sécurité d'emploi a fait l'objet d'interventions soutenues, ce qui a permis d'assurer une baisse significative du nombre de salariés inscrits au Service régional de main-d'œuvre. Celui-ci est passé de 516 (au 1er avril 1998) à 306 (au 31 mars 1999). Pendant la période de référence, 5 814 nouvelles requêtes de main-d'œuvre en provenance des établissements ont été traitées.

Les changements apportés aux conventions collectives à compter du 30 juin 1998 ont nécessité une plus grande coordination interrégionale. À ce chapitre la Régie régionale de Montréal-Centre a proposé et fait adopter par les régions limitrophes, les modalités de fonctionnement favorisant l'efficacité et la rapidité dans le traitement des mouvements de main-d'œuvre sécuritaire, permettant aux établissements de répondre plus rapidement à leurs besoins d'effectifs.

La Régie Régionale s'est également vue confier le mandat de coordonner les comités paritaires nationaux responsables notamment de traiter les litiges reliés aux replacement de salariés en disponibilité.

Tableau 35 **Service régional de main-d'œuvre au 31 mars 1999**

	Nombre de salariés sécuritaires et prioritaires	Nombre de requêtes
Inscrits au 1er avril 1998	516	1225
Inscrits en cours d'année 98-99	222	5814
Replacés localement	159	-
Replacés par le SRMO/SPSSS	186	-
Autres radiations	87	-
Inscrits au 31 mars 1999	306	23

6.

Les ressources matérielles

Les ressources matérielles 70

Les acquisitions d'immobilisations et d'équipements spécialisés 71

LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Les activités particulières dans le domaine des ressources matérielles ont concerné trois dossiers spéciaux : la modernisation des infrastructures selon les orientations du chapitre 4 du Défi de l'accès 1998-2002, les services de buanderies et le transfert des programmes de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ).

Le MSSS a lancé un programme d'investissement étalé sur trois ans. La première phase a été concentrée sur les projets de modernisation dont le rendement en terme d'économies annualisées devait atteindre 50 % des immobilisations requises. Sur plus de 70 projets totalisant 64,8 M$, quelque 13 projets ont été sélectionnés pour des subventions de 6,4 M$. De plus, la Régie régionale a obtenu une enveloppe de 2,3 M$ qui sert à financer des études dont les résultats sont attendus au cours du prochain exercice et devraient permettre d'identifier le potentiel de modernisation dans les domaines des services administratifs, de l'entretien sanitaire, de la buanderie, des services alimentaires et de l'efficacité énergétique des immeubles. Plusieurs des projets découlent d'un partenariat entre deux ou même plusieurs établissements. Le véhicule privilégié de communication et de concertation a été le regroupement des établissements par territoire mis en place au cours de l'année 1997.

La Régie régionale a amorcé une réorganisation des services de buanderie. On a annoncé la fermeture de treize buanderies d'établissements vétustes et non conformes dont deux ont pu être réalisées à l'intérieur de l'exercice. Par ailleurs, dans le but d'en faire une buanderie compétitive, les établissements clients de la Buanderie centrale de Montréal ont accepté de se regrouper comme membres de cette corporation et ont élu un nouveau conseil d'administration qui a pris en charge la gestion de l'entreprise dans le cadre d'un contrat d'une durée de trois ans avec la Régie régionale. Enfin, dans le même contexte de mise en compétition de la Buanderie centrale de Montréal, la Régie régionale a décidé d'abolir, à partir du 1er avril 1999, le prix régional fixé pour les services de base de façon à ce que les établissements paient le prix réel facturé.

Le MSSS et l'Office des personnes handicapées du Québec ont convenu d'une décentralisation nécessaire de certaines activités au niveau régional et c'est ainsi que la Régie régionale a pris en charge, en octobre 1998, le programme des aides techniques (chaussures orthopédiques, oxygénothérapie, aides à la vie quotidienne, à la vie domestique et à la fonction d'élimination) spécifiquement adressé aux personnes handicapées reconnues comme telles au sens de la loi.

Sur une période de six mois, 2 444 dossiers ont été traités pour des dépenses de 1,7 M$ environ. En parallèle, la Régie régionale continue de subventionner les aides techniques pour d'autres bénéficiaires comme les malades en soins palliatifs à domicile; 750 demandes ont été acceptées pour une somme de 385 000 $ au cours de l'exercice financier.

LES ACQUISITIONS D'IMMOBILISATIONS ET D'ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les établissements doivent requérir l'autorisation de la Régie régionale pour réaliser leurs projets de construction dont le coût est inférieur à 1 M$ (centres hospitaliers) ou à 500 000 $ (autres établissements) et pour acquérir des équipements médicaux spécialisés, sans limite de coût.

La Régie régionale doit également répartir les enveloppes régionales d'immobilisations totalisant environ 40 M$ entre les établissements aux fins du renouvellement de l'équipement et du mobilier de même que pour les projets de maintien en bon état des immeubles. À ces montants se sont ajoutées des subventions ministérielles de 15,6 M$ principalement celles allouées à chaque année dans le cadre du programme de haute technologie visant les équipements ultraspécialisés des hôpitaux et un programme spécial de subvention aux infrastructures qui a été commenté au chapitre précédent.

En 1998-1999, quelque 68,3 M$ ont été investis, soit 32,8 M$ dans les aménagements et les réparations des immeubles du réseau, 29,4 M$ dans les équipements des centres hospitaliers et 6,08 M$ dans ceux du secteur social. La contribution des établissements, incluant les dons des fondations, se chiffre à plus de 12,6 M$. On note que les demandes en terme de projets soumis totalisent 230,4 M$, desquels moins de 25 % ont pu être financés.

Tableau 36 **Sommaire des acquisitions : Immobilisations et équipements**

	Projets soumis M $ (1)	Subventions Régie/MSSS M $ (2)	Part de l'établ. M $ (3)	Total M $ (2) + (3)
Construction				
CHSLD, CLSC, CPEJ, CR	52,700	8,921	3,150	12,071
CHSGS	58,700	7,785	4,534	12,319
Modernisation des infrastructures (MSSS)	64,800	8,460		8,460
Sous-total :	176,200	25,166	7,684	32,850
Équipement CHSGS				
Équipements ordinaires		10,032		10,032
Équipements spécialisés et Haute technologie	54,200	14,402	4,963	19,365
Sous-total :		24,434	4,963	29,397
Équipement secteur social				
Budget – renouvellement		3,380		3,380
Gros équipements		0,475		0,475
CLSC – médical		0,150		0,150
Aides techniques		0,385		0,385
Fonds OPHQ (6 mois)		1,696		1,696
Sous-total :		6,086		6,086
Grand total :	**230,400**	**55,686**	**12,647**	**68,333**

Tableau 37 **Projets d'immobilisations > 300 000 $**

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS	VALEUR	*
CH Notre-Dame de la Merci	Aménagement d'un milieu de vie	500 000 $	1
CHUM / Hôpital Saint-Luc	Réaménagement de la gériatrie	357 500 $	1
CR Lisette-Dupras / Pavillon Ville St-Pierre	Réfection de la toiture	335 000 $	3
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Relocalisation des laboratoires du sommeil	950 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Installation résonance magnétique	825 000 $	1
Résidences Laurendeau, Légaré, Louvain	Construction chute à linge/ordures	310 000 $	1
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Réaménagement unité du rez-de-chaussée	700 000 $	1
CH de Lachine	Remplacement système alarme-incendie	310 000 $	4
Les CHSLD Centre-Ville de Montréal / SCB	Rénovation fonctionnelle	480 000 $	1
Les Centres jeunesse de Montréal / CDP	Construction unité de dépannage	495 000 $	3
Clinique communautaire Pointe St-Charles	Réaménagement rez-de-chaussée (Ash)	356 000 $	3
CLSC St-Louis du Parc	Réaménagement espaces/services clientèle	258 000 $	4
Hôpital Général Juif S.B.M.D.	Aménagement et résonance magnétique	900 000 $	2
CHSLD Centre-Ville / St-Charles-Borromée	Sécurité et système de chauffage	420 000 $	1
Hôpital St-Joseph de la Providence	Aménagement bureaux dans la chapelle	490 000 $	1
Centre hospitalier Jacques Viger	Mise en conformité sécurité-incendie	500 000 $	3
Hôpital Louis-H. Lafontaine	Autofinancement des parcs de stationnement	490 000 $	1
Hôpital Sainte-Justine	Ajout système ventilation/climatisatoin centrale Bloc 4	490 000 $	3
Manoir Cartierville	Relocalisation centre de jour Roland-Major	490 000 $	4
CLSC du Vieux La Chine	Hôpital Lindsay/Reloc. temp. dans ex-Hôp. Général Lachine	505 000 $	3
Total		**10 161 500 $**	

1. Autofinancement par établissement
2. MSSS
3. Financement Régie enveloppes régionales
4. Financement mixte
5. Adaptation an 2000

Tableau 38 **Équipements médicaux spécialisés > 300 000 $**

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS	VALEUR	*
CHUM /	Caméra gamma	750 000 $	4
Régie régionale de Montréal-Centre	Opération l'an 2000 / inventaire phases 1 et 2	1 500 000 $	5
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Résonance magnétique	2 565 000 $	2
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Système de mammographie (+)	410 000 $	2
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Système de mammographie (+)	476 986 $	2
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Caméras gamma (3)	400 000 $	1
CUSM / Hôpital Royal Victoria	Moniteurs d'agents anesthésiants	312 000 $	4
Institut de Cardiologie de Montréal	Système de gestion des images	920 000 $	2
Institut de Cardiologie de Montréal	Caméras gamma (+)	750 000 $	2
Hôpital Sainte-Justine	Caméra gamma (+)	650 000 $	2
Hôpital Général Juif S.M.B.D.	Résonance magnétique (+)	3 300 000 $	2
Hôpital Sainte-Justine	Caméra gamma	650 000 $	4
Hôpital Chinois de Montréal	Relocalisatoin et agrandissement	765 000 $	2
CUSM / Hôpital Général de Montréal	Salle de radiologie numérique	450 000 $	1
CUSM / Hôpital Général de Montréal	Système à plaques au phosphore	450 000 $	1
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Appareil d'échographie cardiaque	335 000 $	3
CHUM /	Appareil d'anesthésie (3)	455 000 $	3
CHUM / Hôpital Saint-Luc	Salle d'hémodynamie	1 500 000 $	4
Total		**16 638 986 $**	

1. Autofinancement par établissement
2. MSSS
3. Financement Régie enveloppes régionales
4. Financement mixte
5. Adaptation an 2000

7.

La situation financière

Les ressources financières 74

La situation financière des établissements 75

Les mesures correctives 76

Les autorisations d'emprunt 77

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

L'année 1998-1999 est une année charnière entre le plan de transformation 1995-1998 et le plan d'amélioration des services 1998-2002 « Le défi de l'accès ». La vague de compressions budgétaires gouvernementales (190 M$ pour la région de Montréal-Centre) est terminée, quoique certains établissements n'aient pas encore réussi à absorber la totalité de ces réductions budgétaires, le tiers environ se retrouve toujours dans les déficits courants à résorber.

De plus, l'ensemble du réseau doit supporter le non-financement du coût de système salarial d'une valeur de 45 M$, les centres hospitaliers étant aux prises, en sus, avec la surévaluation de leurs revenus budgétaires autonomes de près de 18 M$ (suppléments de chambres et revenus d'autres responsabilités).

Deux décisions importantes prises par le ministère durant l'exercice devraient avoir un impact important sur la situation financière régionale. En premier lieu, la région de Montréal-Centre a reçu du MSSS des crédits additionnels totaux de 28,3 M$, pour la consolidation des services de première ligne (12,1 M$), la diminution des listes d'attente en chirurgie (9,3 M$) et le désengorgement des urgences à l'hiver 1999 (6,9 M$). La Régie régionale de Montréal-Centre a réussi à répartir ces budgets de façon optimale, aux endroits où l'impact sur l'accessibilité aux services a été le plus grand.

Deuxièmement, en février 1999, la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Pauline Marois annonçait la prise en charge de la dette des établissements du réseau par le gouvernement du Québec. À cette fin, la région de Montréal bénéficie d'une somme de 344 M$, révisée par la suite, à quelque 370 M$. Le remboursement par tranches doit s'effectuer au cours de l'exercice 1999-2000. Il est cependant assorti de conditions de retour à l'équilibre sur 2 ou 3 ans, dans le cadre d'ententes tripartites de gestion. Cette initiative permettra de concentrer nos efforts sur la réduction des déficits courants au cours des années 1999-2000 et suivantes.

Un nouveau cadre des autorisations d'emprunt a également été implanté en 1998-1999. Ces balises permettront un suivi et un contrôle plus serré de cette activité.

Enfin, l'entente conclue avec le ministère sur le financement tripartite des coûts reliés au passage à l'an 2000 a permis la mise en place d'une structure de réception et d'analyse des demandes liées à ce sujet, ainsi qu'une prise de décision rapide. Les démarches initiées auprès des établissements se poursuivront en 1999-2000 avec l'objectif de terminer avant le 31 décembre 1999.

Tableau 39 Éléments à considérer

Non-financement du coût de système salarial	45 M$
Surévaluation des revenus autonomes	18 M$

Tableau 40 Crédits reçus 1998-1999

Consolidation services de première ligne	12,1 M$
Diminution des listes d'attente en chirurgie	9,3 M$
Désengorgement des urgences à l'hiver 1999	6,9 M$
Total	**28,3 M$**

LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'exercice 1998-1999, la situation financière des établissements de la région de Montréal-Centre s'est considérablement détériorée par rapport à l'année précédente. Certes, il n'y a pas eu de nouvelles compressions budgétaires directes, mais les établissements n'ont pas encore réussi à absorber totalement celles du plan de transformation 1995-1998.

En plus du non-financement du coût de système tel que mentionné un peu plus haut, l'alourdissement de la clientèle, l'augmentation de la demande de services spécialisés et ultraspécialisés, le manque à gagner sur les revenus autonomes, les intérêts sur emprunts et les coûts de sécurité et de stabilité d'emploi sont autant de facteurs supplémentaires pouvant expliquer cette situation.

En absolu, le déficit des établissements a augmenté d'environ 45 M$ en 1998-1999, pour passer à un peu plus de 160 M$. C'est dans les centres hospitaliers de soins de courte durée que la situation s'est le plus dégradée. En effet, ces déficits représentent près de 80 % de l'augmentation, soit 35 M$. Le solde de 10 M$ est attribué aux CHSLD et aux deux CPEJ. La situation financière détaillée des établissements est présente en annexe.

Tableau 41 **Sommaire de la situation financière des établissements 1998-1999**

Catégories d'établissements	BUDGET BRUT	SURPLUS	(DÉFICIT)	SOLDE DE FONDS AU 31-03-99
CHSLD PUBLICS	498 502 457 $	1 472 292 $	(4 204 733) $	1 112 469 $
CHSLD PRIVÉS	118 836 494 $	1 724 915 $	(869 568) $	10 677 192 $
CHSGS PUBLICS	2 003 257 873 $	25 771 $	(149 057 022) $	(360 652 663) $
CHSGS PRIVÉS	26 726 048 $	374 948 $	(475 151) $	710 553 $
CRPDIPT PUBLICS	156 882 396 $	228 839 $	(1 561 849) $	3 383 292 $
CRPDIPT PRIVÉS	2 623 497 $		(51 816) $	(243 734) $
CLSC	236 120 601 $	732 168 $	(515 928) $	3 774 911 $
CPEJ	193 928 907 $	67 637 $	(4 832 390) $	(9 638 331) $
TOTAL 1998-1999	**3 236 878 273 $**	**4 626 570 $**	**(161 568 457) $**	**(350 876 311) $**
TOTAL 1997-1998	**3 184 053 949 $**	**6 175 996 $**	**(123 686 333) $**	**(233 365 974) $**
VARIATION	52 824 324 $	(1 549 426) $	(37 882 124) $	(117 510 337) $

Note: Les données proviennent essentiellement des rapports financiers des établissements (AS-471). Toutefois, les données réelles peuvent différencier de celles rapportées par les établissements, car la Régie régionale a déjà procédé à une validation sommaire des résultats et du solde de fonds.
Ces données demeurent sujettes à l'analyse financière statutaire de la Régie régionale.

Le solde du fonds d'exploitation reflète la dette des établissements au 31 mars 1999. Avant analyse financière, cette dette s'élève à environ 370 M$ et elle touche les centres hospitaliers de soins de courte durée (360 M$), ainsi que les deux CPEJ (10 M$). Sa prise en charge par le gouvernement du Québec aura pour effet d'éliminer l'ensemble des soldes de fonds déficitaires au 31 mars 1999.

Tableau 42 **Dette des établissements montréalais**

Dette des établissements du réseau	370 M$

LES MESURES CORRECTIVES

Nous présentons ici les mesures prises pour corriger les situations déficitaires, les résultats obtenus et les mesures prévues en 1999-2000.

Dans un premier temps, la Régie régionale a exigé un plan d'équilibre budgétaire aux établissements concernés. Les plans reçus constituaient plutôt des plans de réduction des dépenses visant à réduire la progression du niveau de déficit, plutôt qu'à l'éliminer complètement.

Nous nous sommes engagés, par la suite, dans un examen attentif du potentiel de rationalisation des activités administratives et de soutien. Pour ce faire, nous avons travaillé sur une base sous-régionale avec les regroupements d'établissements et produit des fiches synthèses. Par les fiches synthèses, un processus d'étalonnage des établissements a été effectué. Nous avons constaté, entre autres, une réduction significative de la dépense en activités administratives et de soutien entre 1994-1995 et 1998-1999. Nous comptons bonifier ce modèle dans les prochaines années.

Nous avons également documenté les secteurs d'activités ou services non ou sous-financés en 1997-1998 et 1998-1999. Il s'agit de :

- l'absence de coût de système (indexation des dépenses salariales et non salariales);
- le sous-financement d'activités ultraspécialisées (cardiologie tertiaire, médicaments);
- la sous-budgétisation de certains revenus autonomes (suppléments de chambres, usagers canadiens ou étrangers) entraînant un manque à gagner important pour certains établissements.

Les sommes rendues disponibles par le ministère en 1999-2000 contribueront à résoudre une partie de ces problématiques. Le dossier concernant les services ultraspécialisés a été continuellement mis à jour tout au long de l'année.

Nos efforts visant le retour à l'équilibre budgétaire nous ont également amenés à lier la saine gestion financière et l'acquisition d'équipement. Les projets émanant d'établissements déficitaires ou proposant l'autofinancement des acquisitions sous forme de dossier autofinancé ont fait l'objet d'un examen rigoureux par la Régie régionale.

Enfin, les derniers mois de 1998-1999 ont été consacrés à préparer la démarche qui devrait permettre la conclusion d'ententes tripartites établissement-régie-ministère en 1999-2000. Ces ententes visent le rétablissement progressif de l'équilibre budgétaire avec des objectifs partagés et des engagements communs aux trois partenaires.

Évolution des dépenses pour les services administratifs et de soutien entre 1994-1995 et 1998-1999

Tableau 43

Catégorie d'établissements	Variation M$
CH santé physique	- 35,9 M$
CH vocation psychiatrique	- 18,5 M$
CH de réadaptation	- 5,9 M$
CHSLD	- 24,1 M$
CRPDIPT	- 6,5 M$
CLSC	+ 2,2 M$
CJ	- 2,7 M$
Total	**- 91,4 M$**

Source : Rapports financiers annuels 1994-1995 et 1998-1999.

Notes :

1. Incluant les établissements publics et privés conventionnés.
2. Excluant les établissements fermés entre 1994-1995 et 1998-1999.
3. Incluant alimentation, buanderie, entretien ménager, fonctionnement des installations, sécurité, entretien des installations et services administratifs.

LES AUTORISATIONS D'EMPRUNT

Au 31 mars 1999, 138 autorisations d'emprunt étaient accordées à des établissements publics de Montréal-Centre, pour un total de 327 583 563 $. La très grande majorité de ces autorisations concernent des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Les autorisations d'emprunt reliées aux dépenses courantes de fonctionnement, incluant la transformation du réseau, représentent une moyenne 10,18 % du budget brut régional. Ce pourcentage peut varier fortement d'un établissement à l'autre. La majorité des dépassements se retrouvent dans les catégories, Équilibre budgétaire courant et Déficits accumulés. Les autorisations reliées à cette dernière cause devraient être remboursées par le ministère, en 1999-2000, une portion de cette prise en charge étant conditionnelle à la signature d'ententes de gestion tripartites et à l'amélioration de la situation des établissements concernés. Pour les autorisations d'emprunt reliées aux dépenses d'immobilisations, elles ne représentent que 0,43 % du budget brut régional et sont reliées à des projets autofinancés. Les tableaux suivants donnent un détail par établissement.

Tableau 44 Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999

Budget brut de fonctionnement de tous les établissements publics de la région 6 : **3 087 868 434 $**

Établissements publics	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
	Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut régional	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut régional
CHSGS 108 autorisations	288 460 119 $	12 146 282 $	300 606 401 $	9,74%	10 669 680 $	0,35%
CHSLD 20 autorisations	4 560 098 $	4 313 168 $	8 873 266 $	0,29%	1 199 941 $	0,04%
CLSC 06 autorisations				0,00%	1 410 096 $	0,05%
CRPDIPT 03 autorisations	900 000 $		900 000 $	0,03%		0,00%
CPEJ 01 autorisation	3 924 179 $		3 924 179 $	0,13%		0,00%
Sommaire régional 138 autorisations	**297 844 396 $**	**16 459 450 $**	**314 303 846 $**	**10,18%**	**13 279 717 $**	**0,43%**

Tableau 45 **État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999 - CHSGS publics**

CHSGS publics		Budget brut au 31 mars 1999	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
			Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
11042215	H. Louis-H. Lafontaine	97 937 006 $	11 896 000 $		11 896 000 $	12%		0%
11042587	CH Angrignon (Lasalle)	80 390 674 $	1 200 000 $		1 200 000 $	1%	754 990 $	1%
11042918	CHUM	372 036 358 $	67 887 190 $	1 872 608 $	69 759 798 $	19%	3 074 800 $	1%
11281516	H. Général du Lakeshore	41 026 172 $	699 000 $		699 000 $	2%	699 828 $	2%
11287208	H. Reddy Memorial			467 981 $	467 981 $	N/A		0%
11546389	H. Catherine Booth	5 373 857 $		155 500 $	155 500 $	3%		0%
12420774	Hôpital Santa Cabrini	52 849 204 $	4 800 000 $		4 800 000 $	9%		0%
12431656	Inst. de Cardiologie de Mtl	50 755 499 $	8 200 000 $		8 200 000 $	16%	269 797 $	1%
12461570	H. de Mtl pour enfants	67 705 085 $	17 696 608 $	437 528 $	18 134 136 $	27%	53 173 $	0%
12475976	H. Du Sacré-Coeur de Mtl	139 991 515 $	23 040 664 $		23 040 664 $	16%	638 946 $	0%
12576120	CHSLD-CLSC St-Laurent			31 148 $	31 148 $	N/A		N/A
12599213	H. Général de Montréal	130 655 342 $	29 530 822 $	6 203 548 $	35 734 370 $	27%		0%
12600698	CH Fleury	35 369 110 $	900 000 $		900 000 $	3%	1 062 978 $	3%
12683090	H. Jean-Talon	41 173 862 $	1 569 500 $	879 969 $	2 449 469 $	6%	217 465 $	1%
12685608	Juif Sir Mortimer B. Davis	122 272 241 $	44 171 634 $		44 171 634 $	36%	2 205 961 $	2%
12691234	CH de Lachine	25 280 540 $	3 232 214 $		3 232 214 $	13%		0%
12694659	H. Sainte-Justine	126 936 032 $	14 067 109 $		14 067 109 $	11%		0%
12745725	H.St-Mary	58 357 596 $	11 418 780 $		11 418 780 $	20%	259 607 $	0%
12797577	Institut Philippe Pinel	30 941 579 $	4 798 578 $		4 798 578 $	16%		0%
12806592	H. Rivière-des-Prairies	55 446 976 $				0%	141 576 $	0%
12819348	Institut de réadaptation de Mtl	11 404 328 $	1 014 000 $		1 014 000 $	9%		0%
12934659	H.Maisonneuve-Rosemont	165 729 336 $	14 156 007 $		14 156 007 $	9%	983 334 $	1%
13508759	H. Neurologique	24 597 326 $	5 369 492 $		5 369 492 $	22%		0%
13727060	H. Douglas	63 842 657 $	1 000 000 $	2 098 000 $	3 098 000 $	5%	307 225 $	0%
13818117	H. Royal Victoria	157 918 193 $	21 812 521 $		21 812 521 $	14%		0%
TOTAL CHSGS			**288 460 119 $**	**12 146 282 $**	**300 606 401 $**		**10 669 680 $**	

Tableau 46 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999 - CHSLD publics

CHSLD publics		Budget brut au 31 mars 1999	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
			Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
11042447	Plateau Mt-Royal	13 461 311 $				0 %	522 959 $	4 %
11042553	Champlain / Manoir Verdun	23 849 428 $				0 %	150 728 $	1 %
12300570	Foyer St-Laurent	14 162 270 $				0 %	455 473 $	3 %
12599312	CHSLD St-Michel	9 253 793 $		3 173 168 $	3 173 168 $	34 %		0 %
12753125	C.H. Notre-Dame-de-la Merci	29 816 911 $	405 000 $	1 140 000 $	1 545 000 $	5 %		0 %
12886545	Foyer Dorval	4 737 830 $				0 %	24 100 $	1 %
12892303	Hôpital Chinois de Montréal	5 711 945 $				0 %	46 681 $	1 %
13146477	CH Maimonides	22 465 728 $	3 653 000 $		3 653 000 $	16 %		0 %
13311725	CA Juif	7 075 893 $	190 000 $		190 000 $	3 %		0 %
13793781	CH Juif de l'Espérance	9 223 002 $	312 098 $		312 098 $	3 %		0 %
TOTAL CHSLD			**4 560 098 $**	**4 313 168 $**	**8 873 266 $**		**1 199 941 $**	

Tableau 47 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999 - CRPDIPT publics

CRPDIPT publics		Budget brut au 31 mars 1999	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
			Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
13080791	CROM (LPSTT)	23 815 467 $	600 000 $		600 000 $	3 %		0 %
13504659	Lucie-Bruneau	14 594 001 $	300 000 $		300 000 $	2 %		0 %
TOTAL CRPDIPT			**900 000 $**		**900 000 $**			

Tableau 48 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999 - CPEJ publics

CPEJ publics		Budget brut au 31 mars 1999	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
			Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
13301908	CPEJ-CVM (Batshaw)	22 870 333 $	3 924 179 $		3 924 179 $	17 %		0 %
TOTAL CPEJ			**3 924 179 $**		**3 924 179 $**			

Tableau 49 **État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 1999 - CLSC publics**

CLSC publics		Budget brut au 31 mars 1999	EMPRUNT POUR DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				EMPRUNT POUR IMMOBILISATIONS	
			Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
13367404	CLSC Rivière-des-Prairies	6 135,649 $					398 761 $	6 %
13571245	Montréal-Nord	16 201 143 $					103 745 $	1 %
13636352	CLSC St-Louis Du Parc	6 116 738 $					430 000 $	7 %
23252422	CLSC Ahuntsic	9 268 647 $					427 558 $	5 %
25537077	CLSC Verdun/Côte St-Paul	12 270 656 $					50 032 $	0 %
TOTAL CLSC							**1 410 096 $**	

8.

Les états financiers de la Régie régionale

Raymond Chabot Grant Thornton

Aux membres du conseil d'administration
de la Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre

Les renseignements financiers ci-joints concordent avec ceux contenus dans le rapport financier annuel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre au 31 mars 1999 dont ils sont tirés et sur lequel nous avons exprimé, le 19 mai 1999, une opinion sans réserve.

Raymond Chabot Grant Thornton

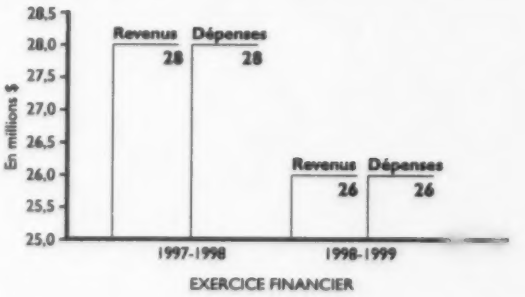
RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON

Comptables agréés
Montréal
19 mai 1999

SERVICE DES FINANCES ET DE L'ENVIRONNEMENT

Le fonds d'exploitation comprend les activités principales et accessoires. Les revenus et les dépenses ont diminué de 2 M$ en 1998-1999 par rapport à 1997-1998 et ce, malgré un plan d'équilibre de 0,3 M$; ceci s'explique, entre autres, par des revenus moins élevés en provenance du MSSS dans le dossier « operation verglas » pour 0,5 M$, celui des « taxes municipales et scolaires » pour 1,1 M$ et dans les autres revenus pour 0,1 M$.

Graphique 12 **Évolution du fonds d'exploitation - 1997-1998 – 1998-1999**



Fonds d'exploitation - Exercice terminé le 31 mars 1999

RÉSULTATS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
		1	2	3	4
PROVENANCE DES REVENUS :					
Subventions MSSS :					
-Budget signifié	01	17 587 549 $	18 399 082 $		
-(Diminution) ou augmentation du financement (préciser)	02	(455 850)	197 167		
-Autres subventions	03			40 000 $	72 000 $
Total (L01 à L03)	04	17 131 699	18 596 249	40 000	72 000
Revenus d'intérêts	05	129 944	147 179	61484	22 692
Revenus commerciaux	06			69 061	72 282
Revenus d'autres sources:					
-Contributions de l'avoir propre (préciser)	07	140 285	299 912		
-Contributions des fonds affectés	08	7 938	496 562		
-Autres(préciser)	09	1 011 261	736 483	7 455 448	7 595 357
TOTAL (L.04 à L09)	10	18 421 127	20 276 385	7 625 993	7 762 331
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS :					
Salaires - personnel cadre	11	2 687 901	2 628 968	984	984
Salaires - personnel autre	12	7 346 984	7 473 930	723	723
Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	438 776	409 637		
Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	1 374 686	1 282 224		
Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	139 807	249 097		
Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	277 844	398 609		
Charges sociales - personnel cadre	17	283 039	280 508	200	200
Charges sociales - personnel autre	18	920 360	953 198	97	97
Frais de déplacement	19	162 257	122 095		
Services achetés	20	1 363 286	1 612 394	146 125	
Communications	21	336 061	345 423		
Loyer	22	1 521 779	2 464 025	67 183	69 389
Location d'équipement	23	262 099	244 691		
Fournitures de bureau	24	274 533	223 259	(188)	(401)
Autres frais	25	384 337	375 753	7 370 305	7 678 125
Charges non réparties	26	235 942	769 424		
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.26)	27	18 009 691	19 833 235	7 585 429	7 749 117
Dépenses d'immobilisations	28	394 777	440 645		
Charges extraordinaires	29				
TOTAL DES DÉPENSES (L.27 à L.29)	30	18 404 468	20 273 880	7 585 429	7 749 117
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10-L.30)	31	16 659 $	2 505 $	40 564 $	13 214 $

Fonds des activités régionalisées - Exercice terminé le 31 mars 1999

RÉSULTATS FAR CENTRE D'ACTIVITÉS		8810 Approvisionnement en commun de biens et services	8820 Service régional de buanderie	8830 Service aérien	8890 Autres activités régionalisées	Total (C.1 a C.4)
		1	2	3	4	5
PROVENANCE DES REVENUS						
Contribution des établissements	01		12 897 351 $		303 076 $	13 200 427 $
Revenus de placement	02		26 060		42 570	68 630
Revenus d'autres sounces	03				1 389 098	1 389 098
	04					-
TOTAL (L.01 à L.041)	05	- $	12 923 411	- $	1 734 744	14 658 155
NATURE DES DÉPENSES						
Charges d'exploitation:						
Salaires	06		150 288		267	150 555
Avantages sociaux généraux	07		21 195		25	21 220
Avantages sociaux particuliers	08		501			501
Charges sociales	09		14 004		104	14 108
Frais de déplacement	10		227		29 325	29 552
Services achetés	11		12 634 853		139 725	12 774 578
Communications	12		6 990		512	7 502
Loyer	13		4 993			4 993
Location d'équipement	14		443			443
Fournitures de bureau	15		7 348		407	7 755
Transfert de frais généraux	16					
Autres frais	17		113 842		1 823 595	1 937 437
Total (L.06 à L.17)	18	-	12 954 684	-	1 993 960	14 948 644
Dépenses d'immobilisations	19					
TOTAL (L.18 + L.19)	20	-	12 954 684	-	1 993 960	14 948 644
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.05 - L.20)	21	- $	(31 273) $	- $	(259 216) $	(290 489) $

Fonds combinés - Exercice terminé le 31 mars 1999

BILAN		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
		1	2	3	4
ACTI F					
À court terme					
Encaisse	01	1 198 151 $	1 945 513 $	929 351 $	1 024 918 $
Débiteurs:- MSSS	02	1 085 702	174 969		
- Établissements	03	219 971	35 130	1 893 630	1 432 701
- Autres (préciser)	04	204 930	688 588	539 402	36 558
	05				
	06				
Intérêts courus	07				
Placements temporaires	08				
Charges payées d'avance	09	96 437	460 852		7 000
Autres élements (préciser)	10	46 602	61 385	1 238	6 591
Immobilisations	12			608 458	598 000
Autres éléments d'actif (préciser)	13	81 735	88 158		
	14				
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L14)	15	2 933 528 $	3 454 595 $	3 972 079 $	3 105 768 $
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	16			182 669 $	
Emprunts de banque	17				
Créditeurs et charges à payer:					
- MSSS	18				
- Établissements	19	60 163 $	34 828 $	903 173 $	148 290 $
- Autres (préciser)	20	1 380 391	2 442 981	1 884 794	1 665 546
	21				
	22				
Revenus reportés (préciser)	23	469 428	88 835		
	24				
Autres éléments (préciser)	25				
	26				
À long terme (préciser)	27				
TOTAL DU PASSIF (L.16 à L.27)	28	1 909 982	2 566 644	2 970 636	1 813 836
SOLDE DE FONDS	29	1 023 546	887 951	1 001 443	1 291 932
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 933 528 $	3 454 595 $	3 972 079 $	3 105 768 $

ANALYSE DE LA PROVENCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		Fonds des immobilisations 1	Fonds des équipements 2	0007 Fonds Orientation jeunesse 3	0052 Fonds Santé mentale 4
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	482 $	(1 277) $	3 083 $	- $
PROVENANCE					
MSSS	02	26 951 469	46 957 842		
Subvention pour intérêts sur emprunts	03	397 968	1 254 143		
Revenus d'intérêts	04			10 725	
Autres (préciser) Honoraires professionnels	05		(241)		
	06				
Total (L.02 à L.06)	07	27 349 437	48 211 744	10 725	-
ATTRIBUTIONS					
Établissements (préciser)	08	26 909 812	35 494 124	40 714	
Intérêts sur emprunts	09	397 968	1 254 143		
Honoraires professionnels	10	40 635			
Contributions au fonds d'exploitation	11				
Autres (préciser)	12		1 426 975	(38 178)	
Allocations aux établissements	13		10 032 258		
Organismes	14			11 272	
Total (L.08 à L.14)	15	27 348 415	48 207 500	13 808	-
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.15)	16	1 504 $	2 967 $	- $	- $

Fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 1999

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		0003 Fonds des locations d'espaces 1	0011 Fonds Expérience de travail 2	0014 Fonds des médecins en régions éloignées 3
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01	- $	1 073 533 $	
PROVENANCE				
MSSS	02		506 741	
Subvention pour intérêts sur emprunts	03			
Revenus d'intérêts	04		60 198	
Autres (préciser)	05			
	06			
Total (L.02 à L.06)	07	-	566 939	
ATTRIBUTIONS				
Établissements (préciser)	08			
Organismes (préciser)	09		734 125	
Intérêts sur emprunts	10			
Honoraires professionnels	11			
Contributions au fonds d'exploitation	12			
Autres (préciser)Transfert interfonds	13		170 000	
Frais de gestion	14		174 000	
	15			
Total (L.08 à L.15)	16	-	1 078 125	
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.07 - L.16)	17	- $	562 347 $	- $

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

		0009 Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements 1	0010 Fonds des services en CLSC 2	0012 Fonds Santé publique 3	0013 Fonds de désengorgement des urgences 4
SOLDE A ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	01		7 $	41 593 $	- $
PROVENANCE					
MSSS	02			2 739 207	500 000
SAAQ	03				
Subventions pour intérêts sur emprunts (préciser)	04				
Revenus autonomes	05				
Revenus de vente de permis	06				
Revenusd'intérêts	07		1 447	52 600	
Autres (préciser)	08		159	277 918	
	09				
TOTAL (L.02 à L.09)	10		1 606	3 069 725	500 000
ATTRIBUTIONS					
Établissements (préciser)	11		(22 220)	2 988 591	314 308
Organismes (préciser)	12				176 660
Intérêts sur emprunts	13				
Contrat à budget:					
- Opérations	14				
- Salaires	15				
- Avantages sociaux	16				
Formation des intervenants	17				
Soutien aux zones de parc	18				
Soutien réseau de communication et centrales de coordination	19				
Soutien à la politique de déplacement des usagers	20				
Transport entre établissements	21				
Contributions au fonds d'exploitation	22				
Dépenses d'immobilisations	23				
Autres (préciser)	24		23 833	99 845	
TOTAL (L.11 à L.24)	25	-	1 613	3 088 436	490 968
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.10 - L.26)	26	- $	- $	22 882 $	9 032 $

Enveloppe régionale de crédit - Exercice terminé le 31 mars 1999

ÉTAT D'ALLOCATION DE L' ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 1998-1999		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE 1998-1999		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	3 085 454 068 $
Montant engagé par le ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe regionale	02	4 405 432
Montant de l'enveloppe régionale 1998-1999 inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	3 089 859 500
Autres (préciser)	04	
TOTAL (L.03 + 04)	05	3 089 859 500
Affectations de l'enveloppe régionale 1998-1999 :		
Allocations aux établissements	06	3 027 131 258
Allocations aux organismes communautaires	07	53 306 155
Estimé des comptes à payer (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	4 293 111
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L.06 a L.08)	09	3 084 730 524
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Montant attribué	10	4 405 432
Fonds affectés indiques à la ligne 02 - Montant reporté	11	
Autres (préciser)	12	639 992
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	3 089 775 948
Fonds affectés indiqués a la ligne 02 - Solde non attribué	14	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	3 089 775 948
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTIONS (L. 05 - L.15)	16	83 552
Comptes à payer: Coûts encourus par des établissements et devant être financés par l'enveloppe régionale des années 1999-2000 ou suivantes, à cause d'une insuffisance de crédits dans l'enveloppe 1998-1999 (préciser)	17	29 468 977 $

X.

Annexe

Situation financière détaillée des établissements 92

Situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre

	1997-1998		1998-1999		
	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit) *	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit) *	Solde du fonds * au 31 mars 1999
CHSLD PUBLICS					
CHSLD Plateau Mont-Royal	13 460 813	(8 093)	13 474 953	14 530	(241 668)
CHSLD Champlain-Manoir Verdun	22 226 855	(133 607)	23 867 145	(678 953)	(670 689)
CHSLD Lucille Teasdale	27 790 415	103 204	27 820 971	(1 342)	1 953 993
Centre de soins prolongés de Mtl	12 717 682	(761 849)	12 809 804	(743 264)	(1 919 540)
CA de Lachine	7 384 239	40 460	7 712 558	41 111	334 905
CHSLD-CLSC Saint-Laurent	13 592 225	-	14 169 083	(182 278)	93 829
Inst.can.polonais du Bien-être	4 574 931	8 405	4 601 264	(113 657)	167 752
CHSLD Biermans-Triest	19 972 639	(152 305)	20 297 100	186 115	522 809
Les CHSLD Centre-Ville de Montréal	23 412 640	327 590	24 633 341	60 804	992 967
Hôpital Grace Dart	6 978 147	(110 229)	6 851 283	(182 021)	
CH Saint-Michel	9 382 847	33 633	9 098 297	3 164	991 084
CHSLD de mon quartier	17 769 060	74 636	19 053 093	34 564	496 004
Rés. Mance-Décary (CHSLD)	25 681 426	8 817	25 699 605	12 938	82 644
Hôpital St-Joseph de la Providence	15 550 904	353 635	15 698 981	121 963	866 214
Hôpital Notre-Dame de la Merci	8 354 267	16 714	29 831 663	285 204	(429 822)
CH Jacques-Viger	23 379 370	68 857	24 539 825	(25 080)	131 926
Foyer Dorval	4 619 589	15 106	4 741 669	10 067	
L'Hôpital chinois de Montréal	5 553 566	53 693	5 715 787	(21 265)	339 284
Foyer Rousselot	6 011 200	(26 862)	6 016 397	(10 251)	(31 000)
Foyers presbytériens St-Andrew	2 598 423	(49 922)	2 924 644	(20 227)	158 863
CH gériatrique Maimonides	21 797 428	(170 625)	22 479 089	(122 627)	(2 825 222)
Centre d'accueil Juif	6 955 774	(103 417)	7 081 558	(278 201)	(344 204)
Centre d'accueil St-Margaret	5 237 458	43 828	5 282 812	(84 207)	(71 499)
Hôpital Mont-Sinaï	7 829 687	(812 977)	7 534 413	(35 406)	920 580
CA Father Dowd-Father Dowd H.	4 715 518	925	5 029 165	(462 183)	(342 147)
CHSLD Havres	12 604 623	19 890	12 621 037	-	(93 876)
Manoir Cartierville	11 993 978	2 503	12 121 572	1 808	339 748
C.H. Juif de l'Espérance	9 486 477	196 774	9 228 679	(329 522)	(1 066 722)
Centre d'accueil La Salle	15 268 354	98 221	15 640 508	102 608	(12 269)
Ma Maison St-Joseph	3 056 075	354 864	3 234 119	291 051	306 172
Résidence Yvon-Brunet	7 269 230	28 407	7 273 770	77 595	151 743

Inst. Univ. Gériatrie de Mtl.	29 245 211	(57 416)	32 956 818	(741 008)	(494 040)
CHSLD Émil.-Gamelin Arm.-Laver	15 761 565	(4 146)	16 047 382	(1 706)	(1 706)
Rés. Laurendeau Légaré Louvain	23 821 680	92 078	23 979 217	163 420	698 718
CA Denis-Benjamin-Viger	5 102 365	11 961	5 137 275	3 949	94 780
Centre d'accueil Nazaire-Piché	4 333 020	29 215	4 441 521	1 229	
Centre d'accueil Louis-Riel	3 801 273	103 505	3 804 828	(171 535)	(131 020)
Centre d'accueil Réal-Morel	5 035 417	37 133	5 051 231	60 172	143 878
Sous-total CHSLD publics	**464 326 371**	**(267 394)**	**498 502 457**	**(2 732 441)**	**1 112 469**
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS					
Centre Cardinal	7 027 415	62 223	6 932 378	(21 329)	2 510 950
Hôpital Notre-Dame de Lourdes	8 656 073	8 209	8 589 215	25 565	310 740
Résidence Angélica Inc.	7 554 680	(80 776)	10 061 557	(112 294)	3 205 451
CHSLD Bayview	7 012 937	(487)	6 823 290	(1 090)	950 910
Rés. Berthiaume Du Tremblay	6 494 985	(526 694)	8 894 039	(55 367)	(1 070 972)
CHSLD Marie-Claret	3 151 753	139 029	3 141 212	(623 268)	1 108 838
Centre héberg.ement St-Georges inc.	11 933 551	(48 625)	12 091 589	299 362	
Centre d'accueil Le Royer inc.	4 771 927	3 883	4 781 664	64 121	
Hôpital Ste-Thérèse inc.	2 025 719	88 739	2 070 348	47 747	(112 350)
Les Cèdres-C.A.pour pers.âgées	524 086	(44 491)	620 506	(56 220)	237 714
CH St-Vincent-Marie inc.	3 734 850	78 268	3 657 547	130 752	845 232
Centre d'accueil Gouin inc.	3 088 480	62 832	3 376 459	152 366	603 995
Hôpital St-Denis (1980) inc.	940 770	7 790	881 626	6 283	119 732
CHSLD Bourget	5 047 815	132 085	5 112 581	137 624	327 606
CHSLD Bussey (Québec)	1 752 257	5 904	1 782 250	21 948	(380 971)
Vigi Santé (CHSLD Ste-Rita)	2 257 390	39 369	2 269 252	42 032	27 499
Vigi Santé Ltée(CHSLD Ste-Ger.	2 256 581	94 333	2 265 431	96 360	71 014
Vigi S.(CHSLD Doll-des-Ormeaux	8 194 261	321 674	8 271 214	311 757	41 371
Vigi Santé (CHSLD Pierrefonds)	3 471 833	162 578	3 398 294	188 884	76 759
Vigi Santé (CHSLD Ville Emard)	2 339 998	45 776	2 321 213	91 178	62 796
Centre d'hébergement Champ.-Marie-Victorin	10 611 574	151 072	10 709 736	74 673	2 948 517
Centre d'hébergement Champlain-Villeray	1 290 003	34 826	1 265 158	22 414	325 699
Vigi S.(CHSLD Mont Royal)	9 526 556	113 121	9 519 935	11 849	(1 533 338)
Sous-total CHSLD privés conventionnés	**113 665 494**	**850 638**	**118 836 494**	**855 347**	**10 677 192**

CHSGS PUBLICS					
Hôpital Louis-H.-Lafontaine	99 169 948	(6 125 415)	97 972 783	(8 224 245)	(18 282 177)
Centre hosp. Angrignon	80 741 427	(652 152)	80 398 125	(1 240 050)	(2 966 552)
Centre hosp. univ. Montréal (C.H.U.M.)	370 748 703	(29 562 673)	372 053 853	(33 636 933)	(93 159 526)
Hôpital Marie-Enfant	23 086 306	9 481	23 300 685	1 084	31 661
Hôpital général du Lakeshore	40 960 557	(123 945)	41 036 692	(956 317)	(2 116 676)
H. Catherine Booth de A.du S.	5 428 269	(355 811)	5 413 857	(276 114)	(293 168)
Hôpital Santa Cabrini	52 816 526	(2 929 281)	52 855 715	(4 225 378)	(7 883 339)
Inst. de cardiologie Montréal	49 373 058	(4 503 634)	50 755 499	(7 141 523)	(13 412 794)
CUSM- Montréal pour enfants	68 134 592	(6 472 537)	67 710 085	(6 755 176)	(16 617 309)
Hôpital du Sacré-Coeur d Montréal	140 034 522	(6 153 903)	140 016 354	(12 944 050)	(26 625 629)
Hôpital réad. Lindsay	11 592 158	(509 355)	11 607 951	24 687	1 883 439
Centre hosp. Richardson	10 222 682	103 396	10 011 519	(266 820)	104 559
CUSM - Général de Montréal	130 642 044	(11 549 284)	130 675 530	(14 384 742)	(33 338 986)
Centre hospitalier Fleury	35 473 803	(633 403)	35 371 323	(202 930)	(1 955 531)
Hôpital Jean-Talon	41 391 863	(602 679)	41 177 401	(1 660 130)	(3 459 772)
L'Hôpital général juif Sir M.B.Davis	121 489 735	(12 677 349)	122 294 894	(16 705 442)	(48 024 928)
C.H. de Lachine	25 435 680	(1 170 572)	25 286 164	(1 859 829)	(3 357 874)
Hôpital Sainte-Justine	126 648 536	(3 590 334)	126 936 032	(6 375 285)	(15 771 704)
C.H. de St. Mary	58 629 446	(3 225 527)	58 366 776	(2 585 205)	(11 940 832)
Inst. Philippe-Pinel de Montréal	31 324 211	(1 625 783)	31 012 608	(2 846 406)	(4 564 937)
Hôpital Rivière-des-Prairies	55 754 953	(936 946)	55 458 306	(824 798)	(2 132 593)
L'Inst.de réadaptation de Montréal	11 478 591	555 845	11 404 568	(175 827)	(268 503)
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	165 840 622	(6 889 681)	165 753 485	(11 389 230)	(22 843 264)
CUSM - Neurologique de Montréal	24 392 003	(2 690 547)	24 602 446	(2 137 242)	(5 217 616)
Hôpital Douglas	64 499 976	(2 429 090)	63 857 731	(1 783 338)	(5 764 699)
CUSM - Royal Victoria	157 729 336	(9 794 455)	157 927 491	(10 460 012)	(22 673 913)
Sous-total CHSGS publics	**2 003 039 547**	**(114 535 634)**	**2 003 257 873**	**(149 031 251)**	**(360 652 663)**
CHSGS PRIVÉS					
Hôpital Marie-Clarac Srs Charit.	8 780 139	(420 192)	9 094 859	(475 151)	894 692
Hôpital Shriners enfant (Québec)	3 829 266	-	3 771 926	-	9
Villa Médica Inc.	12 937 733	430 024	13 859 263	374 948	(184 148)
Sous-total CHSGS privés	**25 547 138**	**9 832**	**26 726 048**	**(100 203)**	**710 553**

CRPDIPT PUBLICS					
Centre Dollard-Cormier	13 551 028	(670 863)	13 444 243	(178 538)	(227 696)
Ass Mtl pr aveugles	4 819 377	-	4 564 832	-	
Centre réad. Constance-Lethbrige	6 489 265	31 750	6 455 459	58 480	577 539
Atelier Le fil d'Ariane inc.	258 511	(8 727)	249 415	(10 584)	
Corp.du Chalet d'enfants Prim.	2 200 898	-	-	-	
Centre réadap. de l'Ouest de l'Ile	2 997 035	-	-	-	
Centre Miriam	7 705 073	(128 634)	7 677 751	(371 458)	-
Institut Raymond-Dewar	9 738 931	(5 721)	9 950 210	(84 804)	331 131
Centre réad. Lisette-Dupras	31 299 119	402 411	31 235 395	63 176	942 222
Prom. soc. Taylor-Thibodeau	18 480 543	(58 427)	23 847 377	(95 969)	(667 712)
Centre réadapt. Lucie-Bruneau	14 566 290	131 204	14 594 117	107 183	708 276
Centre Mackay	4 301 935	(711 535)	3 844 811	(693 810)	-
Serv. réad. Intégrale	15 721 809	123 796	15 664 750	(93 381)	426 750
Centre réad. Gabrielle Major	25 390 400	42 860	25 354 036	(33 305)	1 292 782
Sous-total CRPDIPT publics	**157 520 214**	**(851 886)**	**156 882 396**	**(1 333 010)**	**3 383 292**
CRPDIPT PRIVÉS					
Centre d'accueil Le Portage	2 230 903	(70 850)	2 623 497	(51 816)	(243 734)
Sous-total CRPDIPT privés	**2 230 903**	**(70 850)**	**2 623 497**	**(51 816)**	**(243 734)**
CLSC					
CLSC Faubourgs	12 149 345	110 227	12 425 948	114 360	301 878
Clinique comm. Pointe St-Charles	3 767 210	(54 000)	3 861 763	428	(32 084)
CLSC René-Cassin	6 961 392	6 434	7 348 041	25 085	159 963
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	9 567 761	(146 787)	9 814 815	(68 183)	61 047
CLSC Rivière-des-Prairies	5 850 371	2 831	6 135 649	20 606	30
CLSC St-Henri	5 530 218	-	5 706 771	48 631	192 786
CLSC Montréal-Nord	14 113 390	343 484	16 216 809	100 658	436 924
CLSC Pierrefonds	9 432 257	-	10 052 435	(193 010)	(152 972)
CLSC St-Louis du Parc	5 881 851	6 243	6 116 738	(24 654)	63 208
CA - CLSC de Rosemont	14 987 550	(193)	16 965 950	-	24 722
CLSC Côte-des-Neiges	16 470 536	-	17 437 991	-	-
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles	9 234 834	1	10 702 492	(107 474)	(107 474)

CLSC Parc Extension	5 164 044	(149 210)	5 345 569	33 701	79 418
CLSC Métro	9 023 291	(143 552)	9 397 396	39 686	154 362
CLSC La Petite Patrie	6 684 355	(1 898)	7 067 408	3 044	104 618
CLSC Villeray	8 552 038	(772)	9 019 355	(4 035)	165 462
CLSC du Plateau Mont-Royal	6 677 331	28 776	7 006 995	-	104 332
CLSC Ahuntsic	8 729 162	102 883	9 270 034	167	182 697
CLSC Saint-Léonard	7 905 972	168 877	8 355 752	192 177	642 562
CLSC Saint-Michel	7 149 641	-	7 512 028	4 168	158 990
CLSC Olivier-Guimond	5 492 834	1 525	5 813 154	2 143	81 306
CLSC du Vieux La Chine	7 131 303	(89 535)	7 709 265	50 258	220 378
CLSC Lac St-Louis	6 626 068	-	6 983 741	(10 733)	102 832
CLSC N.-D-de-Grâce/Montréal-O.	7 650 523	(17 864)	8 139 455	(16 066)	589 447
CLSC Mercier-Est / Anjou	8 937 793	(10 248)	9 434 634	97 056	151 180
CLSC Verdun/Côte St-Paul	11 763 179	7 382	12 280 413	(91 773)	89 299
Sous-total CLSC	**221 434 249**	**164 604**	**236 120 601**	**216 240**	**3 774 911**
CPEJ					
Centre jeunesse Montréal	144 766 468	(52 442)	144 027 718	(2 751 799)	(3 979 231)
Centres de Jeunesse Shawbridge	12 677 037	-	12 641 230	-	-
Maison Elisabeth	707 306	1 028	646 509	(5 371)	41 323
Hâvre-Jeunesse	586 173	(17 862)	581 194	12 615	37 478
Centre Orientation/Réad. Mtl	955 511	-	-		
Centre jeunesse Mont St-Patrick	2 216 782	-	2 210 086	-	-
C.A. Horizons de la Jeunesse	10 768 779	-	10 925 409	55 022	-
CPEJ Ville-Marie	23 579 977	(2 740 371)	22 896 761	(2 075 220)	(5 737 901)
Maisons Familiales d'Youville	32 000	-	-		
Sous-total CPEJ	**196 290 033**	**(2 809 647)**	**193 928 907**	**(4 764 753)**	**(9 638 331)**
TOTAL	**3 184 053 949**	**(117 510 337)**	**3 236 878 273**	**(156 941 887)**	**(350 876 311)**

* Situation financière avant la prise en charge de la dette des établissements par le gouvernement du Québec.

Note: Les soldes de fonds manquants sont l'indication d'un regroupement d'établissements.